

Miia Kierikki-Malinen

LIIAN VÄHÄN LIIKKUVA
LAPSI FYSIOTERAPEUTIN
ASIAKKAANA

Lasten lihavuuden hoitoon liittyvän liikunta-
ohjauksen mallin kehittäminen
Itä-Savon sairaanhoitopiirissä


Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
90 op
Fysioterapeutti (YAMK)

Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä	
Tekijä(t) Miia Kierikki-Malinen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen 90 op, Fysioterapeutti (YAMK)	
Nimeke LIIAN VÄHÄN LIIKKUVA LAPSI FYSIOTERAPEUTIN ASIAKKAANA Lasten lihavuuden hoitoon liittyvän liikuntaohjauksen mallin kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirissä			
Tiivistelmä <p>Tämä opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli fysioterapeutin toteuttaman lasten ja nuorten liikuntaohjauksen mallin kehittäminen ja pilotointi. Liikuntaohjauksen kehittämisen tarve syntyi, kun Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (Sosterissa) otettiin käyttöön uusi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen lasten lihavuuden hoitomalli.</p> <p>Kehittämistehtävänä oli kerätä tietoa lasten ja nuorten liikuntaohjausmallin suunnittelua varten. Vastauksia etsittiin kysymyksiin: Mitä erityistä on ylipainoisessa tai lihavassa lapsessa? Mitä tiedetään lasten liikunnan merkityksestä kasvulle ja kehitykselle? Millaisia liikuntamääriä, -intensiteettiä ja -tapoja tarvitaan tervettä kehitystä turvaamaan? Millaista tutkittua ja käytännössä hyväksi havaittua tietoa on siitä, mikä auttaa ja motivoi lapsia liikkumaan? ja Millaisia elämäntapaohjausmalleja ja -keinoja nykyisin pääasiallisesti käytetään? Kehittämistehtävinä oli lisäksi kehittää uutta ohjausmateriaalia ja -välineitä suullisen liikuntaohjauksen tueksi sekä arvioida liikuntaohjausmallia ja ohjausvälineitä.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä käytettiin kehittämistyön jäsentäjänä realistisen evaluaation lähestymistapaa, jolla pyrittiin ensisijaisesti kokoamaan tietoa hyväksyttävän liikuntaohjausmallin tekemistä varten. Kehitettyjen liikuntaohjausvälineiden arviointiin osallistettiin muutama asiakas puolistrukturoidun haastattelun avulla. Välineistä arvioitiin ulkoasua, välineen käyttöä ja sitä, kuinka väline palvelee sen tavoitetta.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena syntyi liikuntaohjaukselle hyväksyttävä viitekehys ja lähestymistapa sisältöteemoineen sekä asiakasohjaustilanteeseen puhetta tukevaa visuaalista ja tiedottavaa materiaalia. Kehittämistyön raporttia ja tuloksia voivat hyödyntää liikuntaohjausta toteuttavat fysioterapeutit niin Sosterissa kuin sen ulkopuolellakin.</p>			
Asiasanat (avainsanat) kasvatus, lapset, lihavuus, liikkuminen, liikuntaneuvonta, motivaatio, motoriikka, muutos, nuoret, terveyden edistäminen, ylipaino.			
Sivumäärä 75 sivua + 16 liitettä		Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Merja Reunanen Leena Uosukainen Helena Korhonen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri (Sosteri) Kuntoutus	

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Date of the master's thesis 		
Author(s) Miia Kierikki-Malinen	Degree programme and option Development and Management in Health Care and Social Services, 90 sp, Physiotherapy (Master of Health Care)		
Name of the master's thesis A CHILD WHO HAS TOO LITTLE PHYSICAL EXERCISE AS A CLIENT OF A PHYSIOTHERAPIST Developing a model of physical exercise guidance for obese children in the Itä-Savo Health Care District			
Abstract <p>This master's of thesis is a development work that aims at improving and piloting a model of children's physical exercise guidance by a physiotherapist. The need for this work arose from practical work with obese children in Itä-Savo Health Care District.</p> <p>The development task was to collect information for planning a model of physical exercise guidance. The research questions were: What kind of special characteristics does an obese child have? What is known about the significance of physical exercise in growth and development? What is the amount, intensity and form of physical exercise required for healthy development and growth? What kind of research and best practices evidence is there on helping and motivating children to physical exercise? Which models and ways of lifestyle guidance are mainly used nowadays? The development task included also the design of new guidance material and equipment to support spoken guidance as well as the evaluation of the model of guidance and equipment.</p> <p>Realistic evaluation was used as the research method in this master's thesis. The main goal was to collect information for decision making and reach an acceptable result. A few clients were interviewed about the developed guidance equipment by a half-structured method. The evaluation included the appearance, usability and functionality of the equipment.</p> <p>The results of the development work were an acceptable framework and themed approach for guidance, as well as visual and information material to support spoken guidance. Physiotherapists within and outside Itä-Savo Health Care District can use the master's thesis in their work.</p>			
Subject headings, (keywords) education, children, obesity, physical exercise, moving, physical exercise guidance, motivation, motor coordination, change, adolescent, health promotion, overweight			
Pages 75 pages + 17 appendices	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Language Finnish </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> URN </td> </tr> </table>	Language Finnish	URN
Language Finnish	URN 		
Remarks, notes on appendices 			
Tutor Merja Reunanen, Leena Uosukainen, Helena Korhonen	Bachelor's thesis assigned by 		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	LASTEN LIHAVUUDEN HOITOMALLI ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄSSÄ (SOSTERISSA).....	2
3	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI JA MENETELMÄLLISET RATKAISUT	5
3.1	Opinnäytetyön tarkoitus	5
3.2	Kehittämistehtävät	5
3.3	Opinnäytetyön raportin eteneminen	6
3.4	Opinnäytetyön tutkimusote ja menetelmävalinnat.....	7
3.4.1	Realistisen evaluaation logiikka.....	7
3.4.2	Realistisen evaluaation prosessin eteneminen	8
3.4.3	Osallistava arviointi puolistrukturoidulla haastattelulla	13
3.4.4	Lapsi haastateltavana.....	14
3.5	Tutkimuseettiset näkökohdat	14
3.6	Kehittämistyötä ja liikuntaohjausta ohjaavat arvot ja normit	15
4	LASTEN LIIKUNTASUOSITUKSET	18
5	LIIKUNNAN MERKITYS JA LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN LAPSUUDEN ERI VAIHEISSA	20
5.1	Liikunta alle 3 vuoden iässä.....	21
5.2	Liikunta 3 - 6 vuoden iässä	22
5.3	Liikunta 7 - 12 vuoden iässä	23
5.4	Liikunta 13 - 16 vuoden iässä	24
6	LASTEN YLIPAINO JA LIHAVUUS	26
6.1	Ylipaino ja fyysis-motoristen liikuntataitojen kehittyminen.....	27
6.2	Ylipaino ja kestävyyskunnan kehittyminen	29
6.3	Liikunnan ilo ja positiivinen minäkäsitys	30
7	TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN LIIKUNTANEUVONNAN LÄHTÖKOHTIA JA MALLEJA	33
7.1	Sosiaalis-kognitiivinen liikuntainterventio	35
7.2	Neuvokas perhe.....	37
7.3	Muutosvaihemalli	38

7.4	Motivoiva haastattelu.....	39
7.5	Yksilöllinen liikuntaohjaus	42
8	LAPSEN AJANKÄYTTÖÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	45
8.1	Lapsen oma liikkumismotivaatio	46
8.2	Vanhempien antama ohjaus ja tuki	47
8.3	Viihdemedian käyttö ja rajat	50
9	KEHITETTY LIIKUNTAOHJAUSMALLI	52
9.1	Tarve liikuntaohjaukselle.....	52
9.2	Lähetekäytäntö	52
9.3	Liikuntaohjauksen sisältö ja välineet	53
9.3.1	Nykytilan arviointi ja voimaantuminen.....	54
9.3.2	Muutosmotivaation taso	55
9.3.3	Liikuntamahdollisuudet.....	56
9.3.4	Liikuntatavoite ja seuranta	56
9.4	Liikuntaohjausvälineiden arviointi	57
10	KOKOAVA LOPPUARVIOINTI JA POHDINTA	58
	LÄHTEET	
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on tehty lisäämään fysioterapeuttien tietoa ja keinoja vähän liikkuvan lapsen ja hänen vanhempiansa ohjaukseen. Taustalla on useista eri tiedotusvälineistä saatu näkemys siitä, että lasten ylipaino ja huono fyysinen kunto ovat lisääntyneet huolestuttavasti. On huomattu muun muassa, että varusmiesten Cooperin testitulokset ovat huonontuneet viimeisten 20 vuoden aikana ja että lapsilla on nykyisin niin heikko kestävyyskunto, ettei hyvä kehittyminen lajitaidoissa ole mahdollista. (Luoma 2005, 4.) Terveys 2015 -ohjelmassa todetaan: ”Tarvi- taan palveluja, jotka auttavat ihmisiä saamaan tietoa vastuustaan oman terveytensä edistämistä. Lasten ja nuorten huonoa terveyttä tulee pyrkiä vähentämään mm. elämäntapa- ja terveystie- toutta lisäämällä ja liikuntatottumuksiin vaikuttamalla. Kysymys on lapsista huolehtimisen kunnioittamisesta.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 5.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama liikunnan terveystieteellisiä mahdollisuuksia selvittänyt työryhmä korostaa erityisesti arkiliikunnan roolia lasten ja nuorten riittävän päivit- täisen fyysisen aktiivisuuden turvaamisessa (Fogelholm ym. 2007, 104 - 108). Varhaiskasva- tuksen liikunnan suositusten mukaan lastenneuvolatoiminnan verkostoyhteistyössä on keskei- senä tavoitteena puuttua mahdollisimman varhain, kun lapsen kasvussa ja kehityksessä todetaan riskitilanne. Koska lapsi elää tässä ja nyt, on aikuistenkin toimittava jo nyt. Jokaisella aikuisella on keinoja luoda lapselle liikkumisen mahdollisuuksia. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suosi- tukset 2005, 21, 32.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (Sosterin) visio on olla tunnettu v. 2013 valtakunnallisesti ehkäise- vän terveydenhuollon ja hyvinvointiosaamisen malliorganisaationa (Sosteri 2009). Terveiden edistämisen nimissä Sosterissa on päätetty puuttua moniammatillisella joukolla lasten lihavuu- teen alueellisen hoitoketjun avulla. Tämän opinnäytetyön aihe syntyi käytännön tarpeesta kehit- tää Lasten lihavuuden hoitomalliin liikuntaohjauksen osuutta. Oletuksena on, että fysiotera- peutit voivat oman osaamisalueensa puitteissa olla mukana terveydenedistämistyössä. Primääri- tarkoitus on luoda yhteinen lähestymistapa ja toimintamalli lasten ja nuorten liikuntaohjauk- seen.

2 LASTEN LIHAVUUDEN HOITOMALLI ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄSSÄ (SOSTERISSA)

Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito tulee organisoida osaksi neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveyssurantaan kehittämällä alueellisia hoitoketjuja. Perusterveydenhuollossa tulee toteuttaa perheiden liikunta-, ruokavalio- ja muuta elämäntapaohjausta moniammatillisena yhteistyönä. Lihavuuden hoidossa tulisi käyttää ainakin lääketieteen, ravitsemustieteen, käyttäytymistieteiden ja fysioterapian asiantunte-
musta sekä soveltavaa lasten ja nuorten ohjausaineistoa ja ratkaisukeskeistä, perhelähtöistä otetta. Lapsuusiän lihavuuden hoito voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisena. Päävastuu ehkäisyn ja hoidon toteuttamisesta on perusterveydenhuollolla. (Duodecim 2005.)

Useista lähteistä käy ilmi selkeä terveydenhuollon antaman elintapaneuvonnan ja sen kehittämisen tarve (Rautava 2003, 98; Salmela 2009; Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 21, 32; STM 2008, 10; Tala 2007; Fogelholm ym. 2007, 104–108; Nupponen & Suni 2005, 227.) Kansallinen tavoite on, että ammattiryhmillä, joiden työhön sisältyy terveisiin elintapoihin liittyvää ohjausta ja opetusta, on riittävät valmiudet liikunta- ja ravitsemusohjauksen toteuttamiseen (STM 2008, 18). Ohjauksen kehittämisalueita ovat mm. perheiden tavoittaminen ja motivoiminen, tiedon havainnollistaminen sekä hoidon moniammatillisuuden varmistaminen. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009).

Sosterin alueella kehitettiin erilliset neuvolaikäisen lapsen, kouluikäisen lapsen ja aikuisen lihavuuden hoitomallit. Lasten lihavuuden hoitomallia kehittäneeseen työryhmään kuuluivat ravitsemussuunnittelija, lastentautien erikoislääkäri, lastenneuvolalääkäri, lastenneurolaterveydenhoitaja, kouluterveydenhoitaja, terveydenhoitajien osastonhoitaja, lastenpsykiatrian ylilääkäri ja fysioterapeutit perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta.

Yhteissuunnittelun ja kunkin ammattialan omien keinojen pohdinnan jälkeen ravitsemusohjaaja kokosi hoitomallin Visio-ohjelmalla esitettäväksi malliksi (kuvio 1). Ohjelman etuna on, että siihen voi liittää pikalinkkejä, joista voi tarkastella, mitä kyseinen interventio sisältää. Esimerkiksi liikunta-laatikkoa klikkaamalla pääsee tarkastelemaan kuntakohtaista liikuntatarjontaa. Linkit vievät suoraan palvelujen tarjoajien www-sivuille, esim. kunnan liikuntatoimeen, joten niiden päivitys tapahtuu myös palvelujen tarjoajien toimesta. Ohjelmaan sisältyy palautekanava sekä syventävän tiedon ja hoitomallin kokonaistavoitteiden linkit. Hoitomalli on lääkäreiden

Fysioterapeutin vastualueeksi hoitomallissa muotoutui lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa liikuntatietouden ja liikunta-aktiivisuuden lisääminen. Sosterin alueella fysioterapeutit eivät ole olleet aiemmin mukana ylipainoisten lasten hoidossa.

Lasten lihavuuden hoitomallia suunnitellut työryhmä toivoi selkeitä kriteerejä fysioterapeutille ohjaamiseen. Syntyi tarve pohtia ja täsmentää fysioterapeutin ammatillisia mahdollisuuksia, lähestymistapaa ja ohjausvälineistöä. Heti alussa liikuntaohjausta suunnittelevassa työryhmässä tiedostimme lihavuusongelman moniulotteisuuden. Elämäntavat ovat ihmiselle vaikeimmin muutettavia asioita. Lapsen tai nuoren ollessa asiakkaana on tosiasiaa hoidon kohteena koko perhe. Yksilölliset erot lapsissa, nuorissa ja perheissä on tärkeää huomata. Yhteiseksi arvoksi lihavuuden hoidossa nousi selkeästi lapsi- ja perhelähtöisyys sekä voimaannuttava työote, jossa korostuu lapsen ja nuoren sekä koko perheen motivaation merkitys elämäntapamuutosta kohtaan.

Nupposen ja Sunin (2005) mukaan terveydenhuollon ei kuulu järjestää varsinaisia liikuntapalveluja. Potilaille ja asiakkaille tulisi tarjota tietoa ja ohjausta ohjattuihin liikuntamuotoihin ja liikuntapalveluihin siitä riippumatta, kuka vastaa neuvonnasta. Neuvonnan yksi tehtävä on kannustaa asiakasta käyttämään kaikille avoimia tai asiakkaan erityisryhmälle tarjottuja liikuntamuotoja. (Nupponen & Suni 2005, 227.) Sosterissa sovittiin, että aloitetaan yksilöllisen liikuntaohjauksen suunnittelusta. Myöhemmin tarvittaessa pohditaan ryhmäohjausmuotoja.

Asiakasohjauksessa tarvitaan yhteisesti tarkistettua, suppeaa ja selkeää materiaalia, jota käytetään tilannekohtaisesti neuvonnassa (Nupponen & Suni 2005, 227). Suullinen ohjaus ei yleensä ole riittävää, vaan ohjaaja tarvitsee tuekseen kirjoitettuja ohjeita. Niiden avulla ohjattava voi palauttaa asioita mieleen myöhemmin ja jakaa tietoa esimerkiksi ohjaustilanteesta poissa olleille perheenjäsenille. Tietotulva on tekijä, joka ohjaustilanteessa saattaa hukuttaa helposti alleen olennaisimman asian. Kuitenkin ohjattavat myös arvostavat ammattitaitoista työntekijää, joka tuntee asian hyvin ja osaa vastata heidän kysymyksiinsä ymmärrettävästi. (Torkkola 2002, 25, 29, 32.)

Liikkumisen arviointi ja liikkeen merkitys sekä ohjaus ja neuvonta ovat fysioterapeutin työn ydintä ja päivittäistä sisältöä. Asiakkaasta riippuu, miten tietoa, ohjausta ja ammatillista osaamista asiakastilanteessa käytetään. Perinteinen harjoitusvälineistö (pallot, voimistelukepit, matot, käsipainot, sekuntikello, hoitopöydät jne.) ei tämän potilasryhmän kohdalla tuntunut aivan

riittävältä. Puhetta tukevaa ja käsiteltävää asiaa havainnollistavaa ohjausmateriaalia kaivattiin ohjauksen tueksi.

3 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI JA MENETELMÄLLISET RATKAISUT

Tässä luvussa pyrin selventämään, millä tavalla opinnäytetyön prosessi eteni ja millaisia menetelmällisiä ratkaisuja ja vaiheita se sisälsi.

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli Sosterin Lasten lihavuuden hoitomalliin liittyvän, fysioterapeutin toteuttaman, liikuntaohjauksen mallin kehittäminen ja pilotointi. Oma roolini oli olla liikuntaohjausmallin kehittämisessä asiakokonaisuuden kokoaja hyödyntäen kollegoiden tietotaitoa, mielipiteitä ja ideoita sekä aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja asiantuntijatietoa.

3.2 Kehittämistehtävät

Kehittämistehtävinä olivat

1. kerätä tietoa lasten ja nuorten liikuntaohjausmallin suunnittelua varten
 - Mitä erityistä on ylipainoisessa tai lihavassa lapsessa?
 - Mitä tiedetään lasten liikunnan merkityksestä kasvulle ja kehitykselle?
 - Millaisia liikuntamääriä, -intensiteettiä, -tapoja tarvitaan tervettä kehitystä turvaamaan?
 - Millaista tutkittua ja käytännössä hyväksi havaittua tietoa on siitä, mikä auttaa ja motivoi lapsia liikkumaan?
 - Millaisia elämäntapaohjausmalleja ja -keinoja nykyisin pääasiallisesti käytetään?

Realistisen evaluaation menetelmässä tämä työvaihe vastaa ohjelmateorian luomista.

2. kehittää uutta ohjausmateriaalia ja -välineitä liikuntaohjauksen tueksi ja
3. arvioida liikuntaohjausmallia ja ohjausvälineitä.

3.3 Opinnäytetyön raportin eteneminen

Tätä kehittämistyötä varten perehdyin laajasti lähdekirjallisuuteen, jolla perustelen liikuntaohjauksen sisältöä, lähestymistapaa sekä ohjausvälineiden suunnittelua ja valintoja. Samanaikaisesti suunnittelimme työryhmissä keskustellen Lasten lihavuuden hoitomallin organisatorisia kysymyksiä ja käytännön työhön järkeviä ratkaisuja. Näitä lukija voi halutessaan tarkentaa liitteestä 1. Koko hoitomallin suunnittelussa oli siis yhtäaikaaisesti paljon ”pieniä lankoja”, joiden raportointi loogisesti, ajallisesti tai toiminnallisesti toisiaan seuraavina on mahdotonta ja toisaalta tarpeetontakin, koska tämän opinnäytetyön keskiössä on liikuntaohjausmalli ja -välineet.

Kehittämistyön prosessin hahmottaakseen lukijan on hyvä ensin tarkastella luvun 3 sisältö, josta selviävät kehittämistyön menetelmälliset valinnat. Luvuissa 4 – 8 on referoituna aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa. Lukujen lopussa on lyhyesti kommentoitu, millä tavoin tietoa päädyttiin hyödyntämään tässä kehittämistyössä.

Luvussa 9 on kuvattu käyttöön otettu liikuntaohjausmalli ohjausvälineineen siinä muodossa, kuin se oli opinnäytetyön raportin viimeistelyvaiheessa. Tosiasiassahan työn kehittämistä tapahtuu arkityössä kaiken aikaa pieniä muutoksia tehden. Luvun 9 loppuun on sijoitettu liikuntaohjausvälineiden arvioinnin tulokset.

Luvussa 10 palataan osin takaisin kehittämistyön alkuvaiheisiin ja pohditaan, millaista hyötyä koko prosessista oli ja mitä olisi kenties voitu tehdä toisin. Samassa yhteydessä pohditaan hiukan liikuntaohjauksen osuutta lasten lihavuuden hoitokokonaisuudessa ja nostetaan esille joitain jatkotutkimusehdotuksia.

Lähdeluettelon jälkeen olevien liitteiden on tarkoitus auttaa lukijaa halutessaan tarkentamaan prosessin eri vaiheiden sisältöä ja tarjota tutustuttavaksi – miksei käytännön työssä käytettäväkikin – kehittämistyön myötä syntyneet ohjausvälineet.

3.4 Opinnäytetyön tutkimusote ja menetelmävalinnat

Tässä opinnäytetyössä käytin kehittämistyön jäsentäjänä realistisen evaluaation (RE) lähestymistapaa sen menetelmiä soveltaen. RE:n logiikalla pyritään ensisijaisesti tuloksen hyväksymiseen ja tiedon kokoamiseen päätöksenteon tueksi, eikä tiedon todeksi vahvistamiseen (Anttila 2007, 5, 104). Tässä kehittämistyössä oli tavoitteena hyväksyttävä liikuntaohjausmalli.

3.4.1 Realistisen evaluaation logiikka

RE:n tieteellisen päättelyn logiikka on abduktiivinen eli liikkeelle lähdetään käytännön tasolta. Sitten siirrytään asteittain kohti teoreettista orientaatiota ja sitten takaisin käytäntöön. Jatkuvasti pyritään parantamaan tulosta (Anttila 2007, 61 – 62).

Alussa löydettävää johtoajatusta varten tutkijalla tulee olla sekä tiedollinen että käytännöllinen esiymmärrys aiheestaan. Esiymmärrystä voidaan kirkastaa käyttämällä aikaisempaa kirjallisuutta ja teorioita inspiraation ja ideoitten lähteenä. Johtoajatus on eräänlainen intuitiivinen työhypoteesi, joka voidaan muuttaa tai jopa kumota kesken prosessin. (Anttila 2007, 63.)

Tässä kehittämistyössä johtoajatuksina olivat: ”Lapsia, nuoria ja heidän vanhempiaan kannattaa ja on mahdollista motivoida terveyttä edistävään liikkumiseen.”, ”Vanhemmilla on kasvatusvastuu myös lasten liikkumisen suhteen, ja heidän on mahdollista vaikuttaa lastensa ajankäyttöön ja valintoihin.” sekä ”Alueellisesti yhtenäiset välineet auttavat ylläpitämään ja kehittämään liikuntaohjauksen laatua.”

RE:n malli on prosessuaalinen eli toiminnasta kerättyä tietoa hyödynnetään välittömästi käyttäen samalla arvioivaa työtettä. RE:n tutkimuskohteita voivat olla suunnittelussa tehtävän ratkaisun toimivuus tai käytettävyyteen liittyvät tekijät. (Anttila 2007, 83 – 84, 89.) Tässä kehittämistyössä tietoa kerättiin kirjallisuudesta, työntekijöiltä ja asiakkailta.

Tiedon keruussa painottui aluksi intuitiivinen ote. Aivan alussa kehittämistyön kontekstin ja tulokuvan luomisvaiheessa olivat mielessä laajat kysymykset: ”Miksi ja millaista liikuntaohjausta?”, ”Miten liikuntaohjaus toteutetaan?” ”Kuka ohjauksen toteuttaa?” ja ”Kenelle ohjausta suunnataan?” Näitä kysymyksiä pohdittiin työntekijöiden kanssa keskustellen. Tässä vaiheessa hiljainen tieto ja organisaatiotuntemus olivat tärkeää tietoa. Niiden lisäksi käytin asiantuntijatiet-

toa, jota hankin kirjallisuudesta ja internetistä. Terveysportti, Google, Google Scholar ja Mikki olivat tärkeimmät hakukoneet. Käypä Hoito- ja liikuntasuositukset sekä tutkimustieto terveyden edistämisen keinoista ja lähestymistavoista olivat asiakokonaisuuden hahmottamisen ”runkopilareita”.

Päteviksi tunnustetut asiantuntijat erottuivat melko nopeasti laajasta suomenkielisestä lähdemateriaalista. Tarkasteltavan asian kertaannuttua tuoreesta asiantuntijaperäisestä lähdekirjallisuudesta useamman kerran katsottiin tiedon olevan ajantasaista ja luotettavaa. Lähteinä käytetty tutkimustieto perustuu paria poikkeusta lukuun ottamatta pääasiassa väitöksiin sekä kansallisiin tutkimushankkeisiin. Varsinaisia tiedonanalysointimenetelmiä ei käytetty.

Liitteessä 8 on esitetty yksinkertaistetusti tiedonkeruu ja -käyttö paneutuessani ensimmäiseen kehittämistehtävään. Varsinainen tietosisältö on avattu tämän raportin lukuihin 4 - 8. Kerättyä tietoa käytimme liikuntaohjausmallin suunnitteluryhmässä kollegoiden kanssa keskusteluissa pohtiessamme toimivan liikuntaohjauksen lähestymistapaa, mallia ja ohjausmateriaalia. Itse muokkasin sitä raporttiin tavoitteenani lukijaystävällinen tietopaketti lasten lihavuudesta ja liikuntaohjauksesta.

3.4.2 Realistisen evaluaation prosessin eteneminen

Kuviossa 2 esitetään realistisen evaluaation prosessi (Anttila 2007, 88). Tässä luvussa pyrin avaamaan prosessin etenemistä pääpiirteissään ja samalla selventämään tiivistetysti, miten eri vaiheet toteutuivat tässä kehittämistyössä. Oma lisäykseni prosessin jäsentämisessä oli sen jakaminen kolmeen vaiheeseen: kehittämistyön lähtökohtien selvittely, kirjallisuuteen perustuviin valintojen tekeminen ja mallin pilotoinnin yhteydessä tapahtuva asiakaspalautteen kerääminen ohjausmateriaalista.

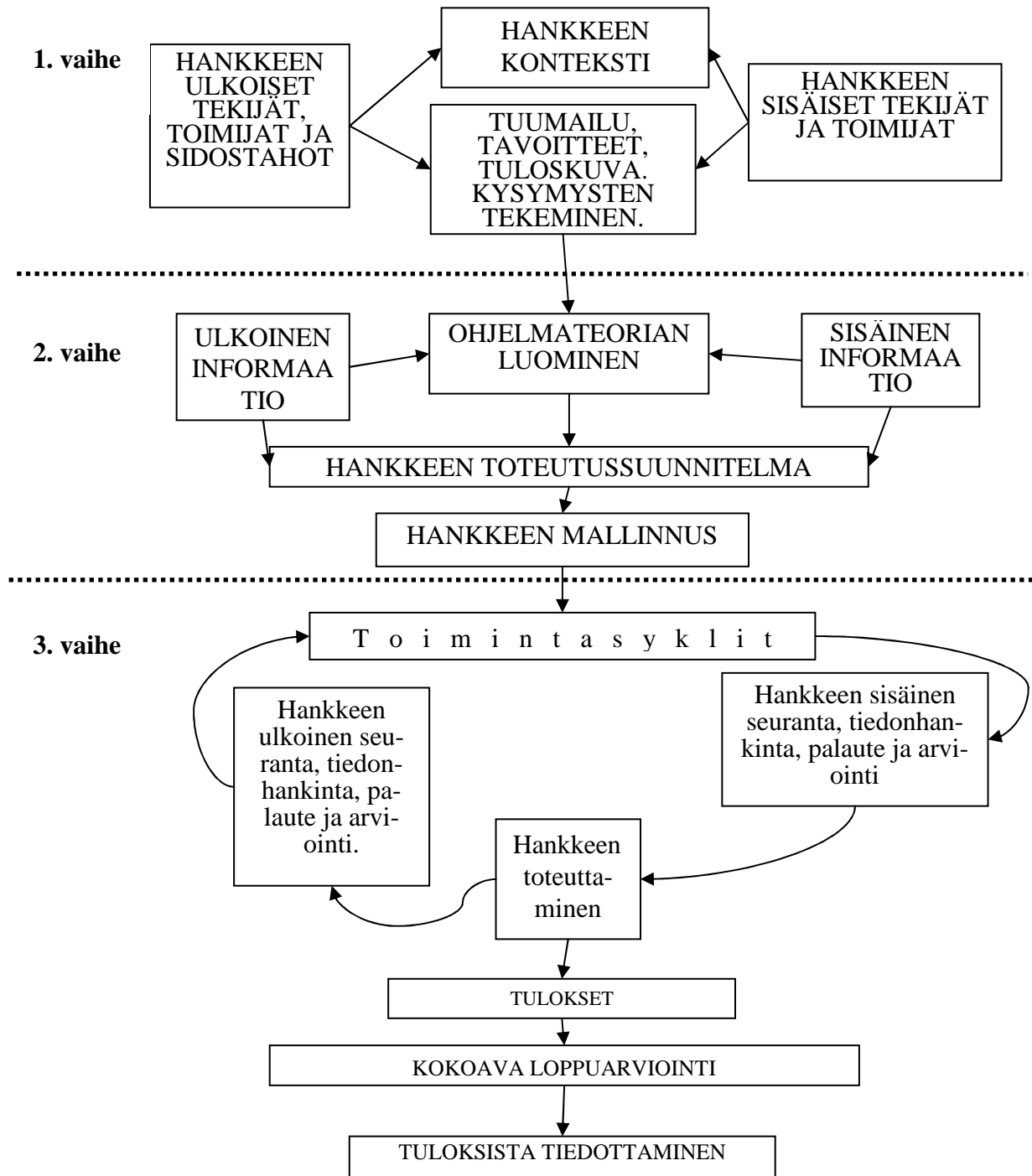
1. vaiheena lähtökohtien selvittely

Kehittämistyöhön orientoituminen alkoi lähtökohtien selvittelyllä. Tätä vaihetta nimitetään RE:ssa *kehittämistyön kontekstin* ja *tuloskuvan* (tavoitekuva, orientoiva mielikuva) hahmottamiseksi. Tuloskuva muotoutuu taustalle kehittämishankkeen ohjelmateoriaa (viitekehystä) luottaessa. (Anttila 2007, 88–89.) Tässä kehittämistyössä konteksti on Lasten lihavuuden hoitomalli. Tuloskuva on hyväksyttävä, alueellisesti yhtenäinen tapa ja välineet fysioterapiainterventiolle

tässä kontekstissa – päämääränä siis oli tehdä Sosterin fysioterapeuteille liikuntaohjaukseen yhteiset perusnuotit, vaikka improvisointikin on sallittua.

RE:n prosessin alussa kartoitetaan eri tahojen näkemykset, arvot, arvostukset ja normit (Anttila 2007, 89). Prosessiin sisältyy sekä *ulkoisia* että *sisäisiä toimijoita* sekä tekijöitä, arviota, reflektointia pohdintaa, palautekanavien käyttöä, resurssien riittävyyden ja käytön arvioimista jne. (Anttila 2007, 88 – 89.) Muun muassa työnjakojärjestelyt, organisaatorakenne ja potilastietojärjestelmät ohjasivat käytännön toiminnan suunnittelua tässä kehittämistyössä.

Anttilan (2007, 89) mukaan tulisi täsmentää mikä tilanteessa tarvitsee kehittämistä, mitkä ovat tulostavoitteet ja odotukset. Näitä seikkoja on kuvattu tämän raportin luvuissa 1 ja 2 ja kuviossa 2.



KUVIO 2. Realistisen evaluaation prosessi (Anttila 2007, 88).

2. vaiheena kirjallisuuteen perustuvat valinnat

RE:n prosessi etenee seuraavaksi *ohjelmateorian* luomiseen. Siihen kootaan kaikki hanketta koskeva teoreettinen ja käytännöllinen tieto. Ohjelmateoriassa esitetään perustelut ja taustat tuleville toimille. Mukaan otetaan *ulkoinen informaatio* aikaisemmista tutkimuksista, toimeksiantajilta sekä muiden asiantuntijoiden kokemuksista. Lisäksi hyödynnetään kehittämishankkeessa mukana olevien osaavien ammattilaisten hiljaista tietoa, joka on *sisäistä informaatiota*. (Anttila 2007, 92–93; liite 4.) Tämän kehittämistyön raportissa on referoituna aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa, joiden perusteella liikuntaohjaukseen liittyviä valintoja tehtiin. Sisäisen informaation käyttöä lukija voi tarkentaa liitteestä 1 Opinnäytetyön eteneminen ja arviointi. Kirjallisuustiedon käyttöä on kuvattu liitteessä 2.

Prosessin tässä vaiheessa konkretisoitui valinta terveydenhuollon toteuttamasta yksilöllisestä liikuntaohjauksesta. Mediakanavien (sanoma- ja aikakauslehdet, internet, suoramarketingin informaatio päiväkodeissa ja kouluissa) kautta kävi ilmi, että maassamme järjestetään kohtalaisen runsaasti erilaisia liikkumiseen liittyviä teemapäiviä ja -viikkoja. Tällaisia olivat esimerkiksi Nuorisuomi Ry:n (2009) Varpaat Vauhtiin -teemapäivä päiväkodeissa ja vuosittaiseksi tapahtumaksi vakiintunut Liikuntaseikkailu (Nuori Suomi ry 2010) kouluissa. Lisäksi eri paikallisyhdistykset ja järjestöt järjestävät liikuntatapahtumia. Ryhmätasolla tietoa ja kannustusta tarjotaan siis säännöllisesti. Yksilöllisen ohjauksen toteuttaminen terveystilanteessa tai sairauden puhjetuana on terveydenhuollon vastuulla. Näin perustelimme suunnittelussa mukana olleiden fysioterapeuttikollegoiden kanssa työn rajaamistamme.

RE:n prosessissa tehdään tämän jälkeen suunnitelma ongelmien käytännöllistä ratkaisua varten *mallintamalla* hanke. Apuna voidaan käyttää erilaisia visuaalisia mallinnuksia tai sopivia käsitekehelyksiä. Mallinnukseen sisältyy interventiosuunnitelma, toteutussuunnitelma ja arviointisuunnitelma arviointikriteereineen. (Anttila 2007, 93.) Tämän kehittämistehtävän mallinnukset ovat liitteessä 5a ja 5b. Arviointisuunnitelma sisältyy mallinnuksessa esitettyihin toimintasykleihin, joista ensimmäisessä palautetta ohjausvälineistä kysyttiin työntekijöiltä, heidän lastensa lastentarhanopettajalta ja kahdelta muulta ulkopuoliselta henkilöltä. Arviointipalautetta hyödynsin välittömästi tekemällä välineisiin muutamia parannuksia.

Toinen sykli oli käytännön potilastyötä ja palaute pyydettiin liikuntaohjaukseen osallistuneilta. Arviointisuunnitelmaa (liikuntaohjausvälineiden arviointia) on tarkennettu liitteessä 5b. oike-

anpuoleisessa sarakkeessa, josta käy ilmi ohjattavien arvioitavaksi valitut välineet. Varsinaiset ohjausvälineiden arviointikriteerit käyvät ilmi haastattelulomakkeesta (liite 6) ja raportin luvusta 3.4.3.

3. vaiheena pilotointi

Kehittämistyö etenee *syklisesti* (liitteet 5a ja b; Anttila 2007, 96.) Sykliä toteuttamisen vaiheessa tapahtuu hankkeen kehittämistyö ja käytännöllinen arviointi. Syklivaiheessa toteutetaan myös erityisiä tutkimusmenetelmiä edellyttävät toimet, kuten kyselyt, haastattelut ja testaukset kehittämistehtävän edellyttämällä tavalla (Anttila 2007, 96.) Kuten aiemmin on mainittu, tässä kehittämistyössä tähän vaiheeseen liittyivät haastattelut ohjattaville. Niitä varten pyydettiin tutkimuslupa ja eettisen toimikunnan lupa toimeksiantajalta sekä suostumus haastateltavilta henkilöiltä (liite 7).

Kehittämistyön päättymisvaiheessa kootaan yhteen arviointikierrosten ja analysoitujen tutkimusosioitten *tulokset* sekä muu reflektointiaineisto. *Kokoavassa loppuarvioinnissa* tarkistetaan, että tulokset vastaavat reaalia maailman havaintoja ja asetettuja tavoitteita. Tuloksista tiedotetaan asian vaatimalla tavalla ja laajuudella. (Anttila 2007, 98.) Tässä kehittämistehtävässä reflektointiaineistona toimivat lähdekirjallisuus sekä kehittämistehtävässä mukana olevien fysioterapeuttien mielipiteet. Kokoava loppuarviointi on yhdistetty pohdinnan osuuteen luvussa 10. Kehittämistehtävän tuloksista tiedotetaan ensisijaisesti liikuntaohjausta antaville fysioterapeuteille. Hyödyllisin foorumi tulee olemaan kuntoutuksen alueellinen koulutuspäivä syksyllä 2010. Käyttöön otettava ohjausmateriaali liitettiin lihavuuden hoitomalliin lasten fysioterapia -otsikon alle linkiksi kaikkien työntekijöiden saataville.

Ensimmäiseen kehittämistehtävään etsin vastausta prosessin ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa. Toiseen kehittämistehtävään paneuduin toisessa ja kolmannessa vaiheessa. Kolmanteen kehittämistehtävään etsin vastausta prosessin kolmannessa vaiheessa.

3.4.3 Osallistava arviointi puolistrukturoidulla haastattelulla

Tässä kehittämistyössä käytettiin liikuntaohjausvälineiden arvioinnissa asiakkaita osallistavaa, puolistrukturoitua haastattelua (liite 6). Tarkoituksena oli saada helposti ja nopeasti liikuntaohjauksessa olleen lapsen tai nuoren ja hänen vanhempansa mielipide käytetyistä välineistä. Kustakin välineestä arvioitiin ulkoasua, välineen käyttöä ja sitä, kuinka väline palvelee sen tavoitetta. Haastattelut suoritettiin syksyn 2009 ja kevään 2010 aikana. Vastaajiksi valittiin 4 vapaaehtoista asiakasta. Haastattelussa ohjattavat arvioivat niitä ohjausvälineitä, joita heidän ohjauksessaan oli käytetty. Kaksi fysioterapeuttia suoritti haastattelut. Kumpikin haastatteli itse ohjaamansa perheet. Haastattelulomakkeeseen kirjattiin henkilötietoina vain lapsen tai nuoren ikä ja se, onko vanhempi ollut mukana ohjaustilanteessa.

Ohjauskäynnille, jolla haastattelu suoritettiin, varattiin noin 20 minuuttia ylimääräistä aikaa. Sekä lapsen että vanhemman vastauksia varten tulostettiin etukäteen omat vastauslomakkeet. Haastattelussa käytettiin apuna muistelua. Ohjattaville annettiin nähtäväksi kulloinkin arvioinnin kohteena oleva ohjausväline ja kerrattiin lyhyesti, missä vaiheessa ja mihin tarkoitukseen välinettä käytettiin. Tämän jälkeen esitettiin kysymys kerrallaan. Haastatteli kirjasi ylös ohjattavien vastaukset. Tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä tehtiin välttämällä vastausten ohjailua. Haastattelujen tulokset on esitetty raportin luvussa 9.4.

Osallistavassa arvioinnissa tutkijat ja käytännön toimijat siirtävät tietoa toisilleen (Robson 2001, 38.). Robsonin (2001) mukaan arvioija ei pysty tekemään hyvää työtä luottamalla vain omiin resursseihinsa. Jos halutaan hyödyllinen ja käyttökelpoinen arviointi, tarvitaan osallisten aktiivista sitoutumista. Asiakkailla, henkilöillä, jotka ovat toiminnan tai palvelun kohteina tai käyttäjinä, on eniten vaikutusta. Arviointia pyydetään siihen suostuvaisilta ja niiltä, joilla on kokemusta asiasta. (Robson 2001, 31–34, 46.)

3.4.4 Lapsi haastateltavana

Haastatteluvuorovaikutukseen vaikuttaa se sosiaalinen ympäristö, johon haastattelu sijoittuu. (Alasuutari 2005, 147). Lapsen käsitykset tutkittavasta ilmiöstä voivat rikastuttaa tietoperustaa ja aktivoida aikuisia miettimään omia käsityksiään (Okkonen 2004, 105.) Lapsen ja aikuisen valtaero voi olla haastattelutilanteessa läsnä. Valtaero on luonnollinen, sillä lapsi on aikuisten näkökulmasta kasvatuksen, suojelun ja huolenpidon kohde. Alasuutarin (2005) mukaan haastattelun vuorovaikutuksessa lapsen runsaat *en tiedä* tai *en muista* -vastaukset voivat olla merkinä siitä, että lapsi pyrkii vastaamaan koulumaisesti ”oikein” sen sijaan, että vapaasti kertoisi kokemuksistaan tai tunteistaan. Suorat kysymykset, miltä lapsesta jokin asia tuntuu, ovat lapselle usein vaikeita vastata. Jotta lapsi voisi vapaasti ilmaista mielipiteensä, tulisi haastattelijan olla kiinnostunut ymmärtämään lapsen tavan nähdä asioita. (Alasuutari 2005, 153, 160, 162.)

Lasten mielipiteet liikuntaohjausvälineistä haluttiin kysyä myös siksi, että kansallisella tasolla on tavoitteena lisätä lasten ja nuorten mielipiteiden huomioon ottamista sosiaali- ja terveystalveluissa ja niiden kehittämisessä. (Vanhasen II hallitus 2007, 4).

3.5 Tutkimuseettiset näkökohdat

Yleisen eettisen periaatteen mukaan arviointia ei pidä tehdä, mikäli henkilö ei tiedä olevansa arvioinnin kohteena tai hän ei halua sellaiseen osallistua (Robson 2001, 51). Tässä kehittämis-työssä haastatteluluvasta tehtiin kirjallinen sopimus (liite 7). Kieltäytyminen haastattelusta ei vaikuttanut liikuntaohjauksen sisältöön tai toteutukseen. Haastattelu tehtiin, kun kaikkia tai lähes kaikkia välineitä oli käytetty. Kahden liikuntaohjauksessa käyneiden nuorten vanhemmat eivät antaneet lupaa haastatella lastaan, joten näiltä nuorilta ei kysytty mielipiteitä ohjausvälineistä.

Liikuntaohjauksen taloudellisia kustannuksia tai hyötyjä ei tässä kehittämistehtävässä pyritty selvittämään. Yhteiskunnan varojen järkevä käyttö liikuntaohjaukseen liittyen pyrittiin varmistamaan käyttämällä liikuntaohjauksessa hyväksi ja vaikuttavaksi arvioituja keinoja.

3.6 Kehittämistyötä ja liikuntaohjausta ohjaavat arvot ja normit

Kehittämistyö perustuu sille asetettuihin tavoitteisiin sekä arviointiin, miten hyvin ja millä keinoilla tavoitteet on saavutettu (Anttila 2007, 15). Kun halutaan välttää ”muka” tekemistä ja tehdä oikeasti sitä, mikä vastaa asiakkaan tai potilaan tarpeita, on paras tiedonlähde asiakas itse. Liikuntaohjausvälineet olivat itsessään arviointia kaipaava kohde, mutta samalla voitiin saada tuntuma koko liikuntaohjausprosessista – onko se kokonaisuutena järkevää ja hyödyllistä toimintaa. Aivan kehittämisprosessin alkuvaiheessa selvitettiin keskustellen prosessin osallisten sekä tärkeimpien sidosryhmien arvostukset. Ne on kuvattu liitteessä 3. Asiakkaiden arvostuksia ei prosessin alkuvaiheessa kartoitettu, mikä myöhemmin hiukan harmitti.

Ihmisoikeudet kuuluvat jokaiselle iästä riippumatta. YK:n lapsen - alle 18-vuotiaan - oikeuksien yleissopimus on tehty turvaamaan lapsen erityisiä tarpeita ja etua. Lapsen oikeudet ovat aikuisten velvollisuuksia. Viranomaisen on otettava huomioon lapsen etu ja kuunneltava lapsen mielipidettä lasta koskevissa toimissaan. Ensisijainen vastuu lapsensa huolenpidosta ja kasvatuksesta on lapsen vanhemmilla tai huoltajilla. Heillä on oikeus saada tukea, ohjausta ja neuvontaa tässä tehtävässään toimimiseen. Vanhempien tulee toimia lapsen edun mukaisesti. Lisäksi yleissopimuksessa todetaan, että lapsella on oikeus lepoon, leikkiin ja vapaa-aikaan sekä oikeus elää mahdollisimman terveenä ja saada tarvitsemansa terveyden- ja sairaudenhoito. (Lapsiasiavaltuutettu 2009.)

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. On myös kunnioitettava potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2. luku 3§.) Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2. luku 6 §.) Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista, yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2. luku 7§.) Jos alaikäinen potilas ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan, hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2. luku 9 §.)

Kun tavoitellaan lapsen mahdollisimman suotuisaa kehitystä, on lapsilähtöisyys ensisijaista. Se tarkoittaa, että tarvittaessa lapsen etu asetetaan vanhempien edun edelle, mutta yleensä lapsen

paras toteutuu yhteistyössä vanhempien kanssa. Lapsen hyvinvointi riippuu yleensä koko perheen hyvinvoinnista ja vanhemmuuden laadusta. Perhekeskeisessä ohjauksessa asiakkaana on koko perhe. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Fysioterapeutin ammattieettisissä arvoissa korostetaan työntekijän vastuuta asiakas- ja potilas-suhteen luomisessa sekä potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Työntekijän oma persoonana vaikuttaa ratkaisevasti ammatilliseen käytäntöön. Terapiasuhte sekä suunnittelu ja päätöksenteko perustuvat potilaan tai asiakkaan kanssa avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen. Fysioterapeutti vastaa työstään henkilökohtaisesti ja kehittää ammattitaitoaan asiantuntijana. Fysioterapeutti toimii yhdessä muiden potilasta tai asiakasta hoitavien asiantuntijoiden kanssa. (Suomen fysioterapeutit 2010.)

Sosterin (Itä-Savon sairaanhoitopiirin) arvot ovat asiakkaisiin ja kuntalaisiin liittyen hyvinvoinnin turvaaminen ja lisääminen, henkilöstöön liittyen ammattitaidon ja osaamisen ylläpitäminen ja lisääminen, palveluprosessien luotettavuus sekä vastuullisuus taloudessa (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2008, 2). Vastuullisuudella ei tarkoiteta yhteiskunnan varojen väärinkäytön ehkäisyä vaan sitä, että varoja käytetään mahdollisimman tehokkaasti (Keskinen-Ollonqvist ym. 2005, 12). Sosteri palvelee arvojensa mukaisesti eli asiakaslähtöisesti, oikeudenmukaisesti, laadukkaasti ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2008, 2.)

UKK-instituutin johtaja, ETT, dosentti Mikael Fogelholm korostaa lasten ja nuorten lihavuuden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä terveydenedistämisen yleisiä eettisiä periaatteita ja arvoja, joita ovat mm. oikeudenmukaisuus, sosiaalinen tasapuolisuus ja omavoimaistaminen (empowerment). Tämä tarkoittaa lasten ja nuorten kohdalla heidän maailmansa ymmärtämistä. (Fogelholm 2006; Lahtinen ym. 2003, 29.)

Näihin edellä kuvattuihin arvoihin on sitouduttu tässä opinnäytetyössä, liikuntaohjauksessa ja sen suunnittelussa. Vanhempien ensisijaisuus lapsen arjen valintojen säätelijänä on tätä kehittämistyötä tehtäessä nähty keskeisenä asiana. Näkökulmaa tukevat useat asiantuntijalausunnat, tutkimukset ja suositukset (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005; Takalo 2004; Sipari 2008; Rautava 2003; Rimpelä 2008; Kurri ja Tolvanen 2007; Sääkslahti 2005 ja Takalo 2004; Koskenkorva ym. 2008, 20). Salla Sipari on väitöstutkimuksessaan todennut, ettei hyvää kasvatusta ja kuntoutusta välttämättä ennusta ammatillinen osaaminen, vaan yksilöllinen työ-

orientaatio, tahto ja asenne yhteistoimintaan. Siihen tarvitaan osaamisen jakamista ja asiantuntemusta. (Sipari 2008, 43.)

Tässä kehittämistyössä tiedonlähteinä hyväksytään laajennetun tiedonkäsitteen mukaisesti perinteisen tieteellisen tiedon lisäksi arvioiva tieto, tietotaito, prosessuaalinen tieto (esim. ammattikäytännöt), tunteet, tahto, intuitio ja kokemustieto. Anttilan mukaan laajennettu tiedonkäsitte auttaa ymmärtämään, millaista tietoa erilaisiin ihmisten välisiin vuorovaikutustilanteisiin liittyy ja millaisella tiedolla ihminen voi selvitä. (Anttila 2007, 10 – 11.)

4 LASTEN LIIKUNTASUOSITUKSET

Lasten ja nuorten liikunta- ja ajankäyttötutkimuksissa on tehty huomio siitä, että lasten ja nuorten maailma eriytyy. Viidennes lapsista on lopettanut lähes kokonaan kaiken ylimääräisen liikunnan. Viidennes liikkuu enemmän kuin nuoret koskaan ovat liikkuneet. Lopun kolme viidesosan kunnossa tapahtuu vähittäistä rapautumista. (Luoma 2005, 3.) Viimeisen 20 vuoden aikana on yleistynyt vain urheiluseuroissa tapahtuva liikunnan harrastaminen. (Fogelholm ym. 2007, 32.) Nykyisillä 2000-luvun alun liikuntamäärillä lasten normaali fyysinen kasvu ja kehitys ovat vaarantuneet (Luoma 2005, 3).

Koululaisten kestävyyskunto on heikentynyt huolestuttavan paljon v. 1998 - 2003 välillä. (Sukkulajuoksutestin tulos pojilla 24 ja tytöillä 29 % huonompi.) Lihaskunto- ja liikehallintatesteissä on tapahtunut pieniä muutoksia. Pääesikunnan koulutusosaston tilastojen mukaan Cooperin testituloksen huonojen (alle 2200 m / 12 min) osuus on nelinkertaistunut viimeisen 25 vuoden aikana. Hyvän tai kiitettävän saa enää 35 % alokkaista, kun 25 vuotta sitten sen sai 74 %. Peruskoululaisten ja alokkaiden kestävyyskunnon huononeminen johtuu tutkijoiden mukaan ainakin osittain lihavuudesta, sillä lihavuus heikentää fyysisen kunnon osa-alueista eniten kestävyttä. Huonoa kestävyyskuntoa välttämällä voidaan edistää terveyttä. Siksi peruskoululaisten ja alokkaiden kestävyyskunnon muutokset eivät ole positiivinen asia kansanterveyden kannalta. (Fogelholm ym. 2007, 67–70; Luoma 2005, 4.)

Terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien osuus vähenee selkeästi 11 ja 15 ikävuoden välissä. Tiedetään, että urheiluseuroissa tapahtuva liikunta vähenee jyrkästi 12 ikävuoden jälkeen. Riippuen tutkimuksen kriteereistä (WHO, Laps Suomen, Nuorten terveystapatutkimus, Pohjois-Suomen kohortit, Kansallinen liikuntatutkimus, Kouluterveyskysely) nuorista pojista n. 45 - 60 % ja tytöistä n. 40 - 50 % liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Erittäin vähän tai ei lainkaan liikkuvia on pojista n. 14 - 20 % ja tytöistä n. 16 - 25 %. Pojat liikkuvat enemmän mutta ovat ylipainoisempia kuin tytöt. (Fogelholm ym. 2007, 26 - 40; Luopa ym. 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) työryhmän suositus *kouluikäisen riittäväksi liikunnaksi on vähintään tunti joka päivä ja liikunnan tulee sisältää myös vauhdikkaita osia*. Opetushallitus (2003) on arvioinut erittäin vähän liikkuviksi ne kouluikäiset, jotka liikkuvat korkeintaan kerran viikossa ja joilla ripeää liikuntaa on korkeintaan 2,5 h viikossa (Fogelholm ym. 2007, 36, 93).

Alle kouluikäinen lapsi tarvitsee joka päivä vähintään 2 tuntia reipasta ja hengästyttävää liikuntaa. Liikkumisen minimimäärä koostuu useista lyhyemmistä aktiviteettijaksoista. Nykyinen suositus huomioi paremmin lapsen yksilöllisen hengästymisen rajan kuin aiemmin voimassa ollut kansainvälinen yhden tunnin suositus. Tällä hetkellä 6-vuotiaista lapsista liikkuu suosituksen verran vain kolmannes. Suosituksessa korostetaan, että lapsen tulee saada harjoitella motorisia perustaitoja monipuolisesti. Huomiota kohdistetaan myös ympäristöön, välineistöön ja vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. Vanhempien ja muiden lapsen lähiaikuisten tulee yhdessä huolehtia riittävän päivittäisen liikunnan määrän täyttymisestä. Lapsen ympäristö tulee luoda kehitystä edistäväksi, jotta lapsi voi kehittää voimiaan ja taitojaan. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 10 - 11; Zimmer 2002, 16.)

Sääkslahden (2005) tutkimuksessa vanhempien viikonlopun aikana tekemän ajankäytön tarkkailun mukaan hengitys- ja verenkiertoelimistöä kuormittavaa vauhdikasta leikkiä oli 3–7-vuotiailla tytöillä keskimäärin 1,3 – 1,8 ja pojilla 1,6 – 1,9 tuntia päivässä. Suuria yksilöllisiä vaihteluita oli molemmilla sukupuolilla, sillä keskihajonnat olivat yli yhden tunnin. Kun selvitetään fyysisen aktiivisuuden ja terveyden välisiä yhteyksiä varhaislapsuuden aikana, saattaisivat tutkijan mukaan olla tytöillä fyysisen aktiivisuuden intensiteetti ja pojilla ulkona leikkimisen kokonaismäärä, riittävän erottelevat ja luotettavat aktiivisuuden muuttujat. Suomessa on vuodenajoilla iso merkitys alle kahdeksanvuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen. Ulkoleikkien määrä oli Sääkslahden tutkimuksessa runsaampaa syksyllä kuin keväällä ja motoristen taitojen kehittymistä tapahtui erityisesti kesän aikana. (Sääkslahti 2005, 68, 77, 97–100, liitteet 13a ja 13b.)

Lapsen fyysiselle ja psyykkiselle kehitykselle, sekä pedagogiselta että lääketieteelliseltä kannalta, on tärkeää juosta, telmiä ja uupumukseen saakka riehua. Riittävästä fyysisestä rasituksesta keho saa kasvuärsykeitä. Tällöin lapsi samalla tutustuu omaan kehoonsa ja sen reaktioihin esimerkiksi hikoilun ja hengästymisen kautta. (Zimmer 2002, 44 - 45.)

5 LIIKUNNAN MERKITYS JA LIIKUNTAKÄYTTÄYTYMINEN LAPSUUDEN ERI VAIHEISSA

Kaikista elämänvaiheista on lapsuudessa liikkumisella suurin rooli. 2 - 6 vuoden ikä on toiminta- ja liikkumistarpeen erityisaikaa. Lapsi löytää taitonsa, itsensä ja valloittaa ympäristönsä liikkumisen kautta. Lapsen itsensä ja itsenäistymisen kehitystavoite edellyttävät leikkiä ja liikkumista, omaa toimintaa ja kokemuksia. (Zimmer 2002, 13.)

Liike ja leikki koulivat ihmisen näkö-, lihas- ja tasapainoaistista muodostuvaa ”oppimisaistia” eli havaintomotorista koneistoa, joka vastaa aistitoimintojen yhdistämisestä. Sen toimintaan ja automaatioon perustuu kaikki myöhempi oppiminen. Myös tunteiden tunnistamisen ja käytön ihminen oppii omien lajitovereiden keskinäisessä ärsytyksessä. Muidenkin nisäkkäiden jälkeläiset yhä kisaavat, leikkivät, kilpailevat, painivat ja peuhaavat – vain ihmislaji yrittää hypätä tämän vaiheen yli. (Luoma 2005, 2.)

Jotta lapsi pienestä pitäen löytäisi itsestään ja kehostaan iloa ja onnistumisia sekä rakentaisi positiivista minäkuvaa, on tärkeää tukea lapsen iän mukaista itsenäisyyttä, päätöksentekokykyä ja oman käyttäytymisen suunnittelua. Lapsen tulisi tuntea, että aikuinen luottaa hänen kykyihinsä ja mahdollisuuteensa oppia. Liikunnallisten tehtävien vaatimustason on oltava sellainen, että onnistumiset ovat mahdollisia. Pelokkaiden ja estyneiden lastenkin on koettava, että he voivat itse vaikuttaa ympäristöönsä. (Zimmer 2002, 26.)

Eri ikävaiheissa painottuvat erilaiset liikkumisen merkitykset, kuten liikkumisen käyttäminen työkalun lailla, kokemuksen hankinnassa, kommunikaatiossa ja oman itsensä kokemisessa. Zimmer (2002,15) jaottelee liikunnan tarkoituksia (funktioita) kaikkiaan kahdeksan erilaista. Omakohtainen funktio auttaa lasta oppimaan tuntemaan oman kehonsa ja sen fyysiset kyvyt. Näin lapsi muodostaa itsestään kuvan. Sosiaalinen funktio ohjaa lasta toimimaan toisten kanssa, antamaan periksi ja pitämään tahtonsa. Produktiivinen, ekspressiivinen ja impressiivinen funktio mahdollistavat lasta kokemaan erilaisia tunteita, ilmaisemaan niitä ja tekemään omalla keholleen liikunnallisia suorituksia omien suunnitelmiensa mukaisesti. Eksploraatiivinen liikunnan funktio luo pohjan maailman kolmiulotteisuuden ymmärtämiselle. Vertaileva funktio opettaa käsittelemään voittamista ja häviämistä itsensä toisiin vertailun avulla. Adaptiivinen liikunnan funktio opettaa lasta sietämään rasituksia, tuntemaan fyysiset rajansa ja nostamaan omaa suori-

tustasoaan. Lapsi oppii sopeutumaan itsensä tai toisten asettamiin vaatimuksiin. Usein yhteen toimintoon liittyy useampia funktioita. (Zimmer 2002, 15.)

Seuraavissa kappaleissa on kerrottu tarkemmin kunkin ikävaiheen liikunnallisen kehityksen sisältöä. Pääpiirteittäin motoristen taitojen ja koordinaatiokyvyn kehitystä eri ikäkausina esitetään myös liitteessä 7.

5.1 Liikunta alle 3 vuoden iässä

Ensimmäinen ikävuosi on perusliikkumisen herkkyyss aikaa. Missään muussa ikävaiheessa koko elämänsä aikana ihminen ei opi yhtä nopeasti ja yhtä paljon motorisia taitoja. Ensimmäisen puolentoista vuoden aikana lapsi oppii ihmiselle ominaisen liikkumistavan, kävelyn. Alle kolmen vuoden ikävaiheessa opitaan myös juokseminen, hyppääminen, ryömiminen, kieriminen, työntäminen, vetäminen, roikkuminen, tasapainoilu, nouseminen ja kantaminen. Lapsi harjoittelee heittämistä ja lähempänä kolmea vuotta suurten esineiden kiinniottamista. Liikkeet ovat vielä kulmikkaita koordinaatiokyvyn kypsyttämättömyyden vuoksi. (Salpa 2007, 9.; Zimmer 2002, 58, 62.) Liitteessä 8 on kuvattu perusliikuntataitojen oppimisen tyypillinen ikä.

Piaget'n mukaan kaksi ensimmäistä ikävuotta ovat sensomotorisen kehityksen aikaa. Tällöin lapsen havainnot ja motorinen toiminta ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Lapsi rakentaa kognitiivisten (tiedollisten) rakenteidensa kokonaisuutta. (Zimmer 2002, 35.) Lapsi alkaa heti synnyttyään kehittää itselleen kuvaa itsestään ja persoonastaan (minäkonsepti) kehollaan ja kehostaan saamiensa kokemusten avulla. Lapsen ensimmäisten elinvuosien fyysiset kokemukset vaikuttavat merkittävästi minän rakentumiseen. Minäkonsepti muodostuu, kun lapsi päättelee, miten oma käyttäytyminen vaikuttaa kanssaihmiin ja sisäistää muiden käsitystä omista ominaisuuksistaan. Ruumiilliset tuntomerkit ja fyysiset kyvyt ovat minäkonseptin ”ankkurimuuttujia”. (Zimmer 2002, 21.) Jotta lapsella on mahdollisuus koetella fyysisiä taitojaan, leikkiä ja liikkua, tarvitaan turvallinen mutta haasteellinen ympäristö. Aikuisen tehtävänä on huolehtia, että sellainen löytyy. (Nuori Suomi 2008, 16.)

Pienet lapset (13 kk - 26 kk) harjoittelevat ystävyyden alkeita ja osoittavat vertaisryhmäkulttuurin merkkejä jo ennen kuin puhetaito on heillä kehittynyt. Yhteinen juoksentelu- tai hyppelyleikki voi olla tällaista yhteisen ympäristön hallinnan tavoittelua ja autonomian piirin laajentamista. Pienet lapset oppivat toistamalla. Toistojen avulla lapsi löytää hallinnan tunnetta. Lasten

temperamentissa ja käyttäytymistäipumuksissa on suuria eroja, sillä kaikki lapset eivät ole yhtä uutteria liikkujia. Siksi osa lapsista tarvitsee paljon aikuisen kannustusta ja aktivointia. (Karvonen ym. 2003, 79 - 81, 74 -75.)

Edellä esitetyn kirjallisuuden perusteella tämä ikävaihe on erityisen tärkeä psykomotoristen perustaitojen kehittymisen kannalta. Aikuisen rooli taitojen harjoittelussa on joidenkin lasten kohdalla keskeisen tärkeä. Näitä lapsia ohjautuu fysioterapeutin arvioon säännöllisesti. Lapsen senso- tai psykomotoriikan pulmat ovat siten jatkossakin selkeä aihe fysioterapiapyynnön tekemiselle. Lapsen ikätasoisten taitojen laadun selvittely ja vanhempien ohjaus ovat keskeisellä sijalla.

5.2 Liikunta 3 - 6 vuoden iässä

Tässä iässä alkaa havainnollinen ajattelu. Oppiminen tapahtuu havainnoimalla ja matkimalla. Lapsi hankkii liikkumalla tietoa ruumiillisuudestaan, ympäristönsä henkilöistä ja asioiden aineellisuudesta. Lapsi käyttää liikuntaa oppimisen välineenä, esim. pyöräillessä, leikkikaverin kanssa kilpajuoksussa, puuhun tai kiipeilytelineeseen kiivetessään. Jo 3-vuotias lapsi vertailee itseään muihin. Lapsi omaksuu herkästi toisten mielipiteitä itsestään. Ne alkavat herkästi muuttua todeksi, vaikka ne eivät objektiivisesti arvioiden olisi aluksi olleetkaan tosia. Kilpailuvietin vahvistamisen ei ole tärkeintä, vaan olisi hyvä ohjata leikki-tilanteilla lasten yhteistoiminnallisia taitoja. Sellaisia ovat mm. toisten auttaminen ja huomioiminen sekä yhteinen ongelman ratkaisu. (Zimmer 2002, 14, 24, 35, 77, 81.)

Sääkslahden (2005, 89) tutkimusten mukaan 3–4-vuotiaan lapsen fyysinen aktiivisuus on yhteydessä hänen havaintomotoriikkaa vaativiin taitoihinsa. Erityisesti pojilla runsas leikkiminen ulkona oli tässä tutkimuksessa yhteydessä hyviin liikkumistaitoihin. Tyttöillä runsas yhdessäolo vanhempien kanssa oli yhteydessä heikkoihin liikkumistaitoihin, kun pojilla sama yhteys oli päinvastainen. Tutkijan mukaan tulos kuvanee vanhempien erilaisia kasvatuskäytäntöjä. Poikia rohkaistaan aktiivisiin ja tyttöjä rauhallisempiin leikkeihin. (Sääkslahti 2005, 89.)

Tässä ikävaiheessa pienempänä opitut liikkumismuodot jalostuvat laadullisesti ja määrällisesti, koordinaatio- ja tasapainokyky edistyvät. Lapsi oppii yhdistelemään eri liikuntamuotoja, kuten juoksemista, hyppimistä, heittämistä ja kiinniottamista. Mm. polkupyörällä ajamiseen on tässä iässä herkkyysvaihe. 3–4-vuotias lapsi vaihtaa leikkiään tiuhaan, mutta iän karttuessa keskitty-

miskyky lisääntyy. Liikkumisen motivaatiota säilyttää yllä leikkihalu, uteliaisuus, tarmokkuus ja loppumaton pyrkimys uuden oppimiseen ja kokemiseen. Lapsi leikkii rooleilla, jotka ovat peräisin lapsen kokemus- ja mielikuvitusmaailmasta. 5–6-vuotiaana alkavat yhdessä leikittävät sääntöleikit. (Zimmer 2002, 62, 72.) Yleensä lapsi suosii suorituksia, joihin on juuri saavuttamassa valmiudet (Halme 2008, 108).

Liikunnallista elämäntapaa ja asennetta vahvistaa parhaiten lapsen sisäisen ilon tuntemus itse tekemisestä. Tämän vuoksi kasvattajan ei tulisi, Zimmerin (2002) mukaan, liian runsaasti antaa kehumisia. Lapselle voi tästä syntyä tunne, että ei pystykään itseksensä iloitsemaan saavutuksistaan. (Zimmer 2002, 77.) Kokemusmahdollisuuksien tarjoaminen on tärkeintä. Siispä liikunnallinen tarjonta, joka tukee lapsen minäkuva tuottamalla mielihyvää mahdollisista heikkouksista huolimatta, on mitä parhaita terveystkasvatusta. Tämä ikäkausi on erinomaista aikaa ohjata lasta itsenäiseen ja säännölliseen liikuntaan, vaikka lapsi ei terveystmotiivilla liikukaan. (Zimmer 2002, 47.)

5.3 Liikunta 7 - 12 vuoden iässä

Seitsemänvuotiaana - koulunaloittamisiässä – lapsen konkreettinen ajatustoiminta alkaa kehittyä. Lapsi oppii käyttämään mielikuvia. Esimurrosikäiset ala-asteikäiset koululaiset alkavat ymmärtää aikaperspektiiviä ja syy-yhteyksiä, he pohtivat ja yrittävät ymmärtää. Heitä myös kiinnostaa kehon toiminta. Tässä iässä lapset tarvitsevat kuitenkin vielä runsaasti vanhempiensa tukea ja myös vahvistusta toimiessaan oikein. (Zimmer 2002, 35; Janson & Danielsson 2005, 94 - 95.)

Esipuberteetti-ikä on erityisen tärkeää aikaa luuston lujuuden kehittymisen kannalta. Luun kasvu ja mineraalistuminen on nopeaa lapsuudessa ja nuoruudessa. Yli 90 % luun massasta saavutetaan ennen 20 vuoden ikää. Mikäli luun huippumassa jää alhaiseksi, riski murtumille lisääntyy. (Lahti 2008.) Lapsen luusto sisältää enemmän valkuaisaineita, vettä ja mineraaleja kuin aikuisilla, joten luusto ei murru helposti. Tyttöillä luun tiheys kasvaa nopeimmin 11–13 vuoden iässä, pojilla 13 - 17-vuotiaina. Liikuntaharrastus on yhteydessä suurempaan luumassaan. Kasvuiässä liikunta pystyy lisäämään luuston mineraalimäärää ja kokoa – ja siten luun lujuutta – jopa 40 – 50 %. Kasvuiässä liikunnalla hankittu luumassa ei välttämättä kokonaan häviä, vaikka liikunta vähenisikin myöhemmin. Kasvuikä on luuston massan, geometrian ja lujuuden parantamisen kulta-aikaa, jota ei pidä menettää. (Kannus 2004.)

Leikinomainen fyysinen aktiivisuus vähenee kouluun mentäessä, siis jopa 6 – 7 vuoden iässä (Fogelholm & Hakala 2006, 143.) Tässä iässä (viimeistään) on mainio tilaisuus alkaa harjoitella mm. kävellen liikkumista koulumatkoilla. Lapset hemmotellaan helposti siten, etteivät he totu lähtemään joka säässä jalkaisin liikkeelle. Erityisen tärkeää on aivan tavallinen sitkeä, päivittäinen arkiliikunta. (Janson & Danielsson 2005, 111; Fogelholm & Hakala 2006, 146.)

Yllä kuvatun kirjallisuuden perusteella vanhempien vastuu ja rooli lapsen riittävässä liikkumisessa on hyvin merkittävä. Tässä kehittämistehtävässä tämä seikka huomioidaan velvoittamalla vanhempia osallistumaan alakouluikäisen lapsensa liikuntaohjaukseen.

5.4 Liikunta 13 - 16 vuoden iässä

Teini-ikä on muutoksen aikaa. Nuori ihminen irrottautuu vanhemmistaan ja etsii vähitellen aikuisen identiteettiään. Fyysinen kehitys, kehon vahvistuminen ja kypsyminen antavat elämän tunnetta. Se on nuorilla lujasti yhteydessä riippumattomuuden tunteeseen. Nuori voi kokea oman kehonsa myös vihollisena eikä ystävänä. Tällöin vaikeuksia yleensä tulee. Nuoren elämä on vahvasti sidoksissa nykyhetkeen, vaikka teini-iässä tulevaisuuteen liittyikin lupauksia riippumattomuudesta, vapautumisesta, rakkaudesta ja seksuaalisuudesta. Tärkeimpiä ihmisiä teini-ikäiselle ovat edelleen omat vanhemmat. On tärkeää, että vanhempi osoittaa selkeästi käsityksensä ja pitää siitä kiinni, vaikka teini-ikäinen päättäisikin olla piittaamatta äidin tai isän mielenpiteestä. (Janson & Danielsson 2005, 99 - 101.)

Viimeistään tässä iässä tulisi terveyttä ylläpitävän liikunnan määrät alkaa täyttyä. Kasvu-aika ainakin tytöillä alkaa olla loppuillaan tämän ikäkauden loppuvaiheessa, ja pojilla seuraavassa ikävaiheessa on edessä haastava armeija-aika. Erityisesti juoksukunto on merkittävässä roolissa armeijassa selviytymisessä. Maavoimien liikuntapäällikkö Juhani Sihvonen korostaa, että hyvää fyysistä kuntoa ei voi ostaa tai ulkoistaa. Se pitää hankkia itse. Nuorten itsensä ja myös heidän vanhempiansa tulee ymmärtää asian tärkeys ja ottaa vastuu siitä. Mm. Kainuun prikaatissa on otettu käyttöön liikunnan tasoryhmittely, joka tehdään ennakkokyselyiden perusteella. (Halonen 2009.) Nuoren kannalta paras tilanne on, kun peruskestävyyttä päästään kohentamaan jo ennen varusmiespalvelun alkamista.

Yhteenvetona voidaan todeta, että lapsuusajan liikunnalla on erittäin suuri merkitys hyvälle kasvulle ja kehitykselle. Vanhempien tietoisuus liikunnan merkittävästä roolista tulisi varmistaa. Ohjaustilanteessa on tärkeää se, että lapsille ja vanhemmille löydetään keinoja mahdollistaa riittävää lapsuusajan liikuntaa määrällisesti ja laadullisesti riippumatta perheen asuinpaikasta. Keskeistä on voimaantumisen tunteen lisääntyminen perheessä.

6 LASTEN YLIPAINO JA LIHAVUUS

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna yksi lapsi kymmenestä on ylipainoinen ja noin 2 - 3 % lapsista on lihavia. Ylipainoisten ja lihavien lasten määrä on suurin kehittyneissä maissa. Ylipainoisten osuus v. 2004 oli USA:ssa vauvaikäisistä 12 %, 2–5-vuotiaista 14 % ja 6–11-vuotiaista 19 %. Yksittäisten tutkimusten perusteella päätellään, että kansainvälisen painoindeksin raja-arvojen mukaan määriteltynä suomalaisista alakouluikäisistä on ylipainoisia tai lihavia 11 - 25 %. (Stigman 2008, 4.) Kahden vuoden välein tehtävän kouluterveyskyselyn mukaan peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisten tyttöjen ja poikien ylipaino oli lisääntynyt Itä-Suomen läänin alueella vuodesta 1998 11 %:sta vuoden 2008 18 %:iin. Sukupuolen mukaan jaoteltuna ylipainoisia poikia (n. 23 %) oli huomattavasti enemmän kuin ylipainoisia tyttöjä (12 %). (Kouluterveyskysely 2008.) Ylipainoisin poikaväestö Itä-Suomen alueella oli Etelä-Savossa (22 %). Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa 8.- ja 9.-luokkalaisten pojista oli 20 % ylipainoisia. Itä-Suomessa kaikkien 8.- ja 9.-luokkalaisten nuorten ylipaino oli samoissa prosentuaalisissa lukemissa kuin Kainuun seudulla, pääkaupunkiseudulla ylipainoa oli tässä ikäryhmässä kuutisen prosenttia vähemmän. (Kouluterveyskysely 2008.)

Ylipaino ja lihavuus ovat eri asioita. Lihavuus on sairaus eli vakava tila. Ylipaino merkitsee lihavuuden riskiä, mutta se ei vielä ole sairaus. Lapsuusiässä lihavuus aiheuttaa lapsille samat terveysvaarat kuin aikuisillekin, kuten epäedullisia veren rasvamutoksia, verenpaineen kohoamista, heikentynyttä glukoosinsietoa, jopa kakkostyyppin diabetesta, unen häiriöitä (jotka voivat myös aiheuttaa lihavuutta), psykososiaalisia ongelmia, esim. kiusaamista, huonokuntoisuutta ja liikuntavaikeuksia. Todennäköisyys aikuisiän lihavuudelle on sitä suurempi, mitä nuorempaan lihomiseen alkaa ja mitä vanhempana nuori edelleen on lihava. Lihavuus aiheuttaa jo 5–10-vuotiaana sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä sekä sydäninfarktin riskin nuorella iällä. Lihavuuden takia kaikilla lihavilla lapsilla on häiriintynyt aineenvaihdunta. Lihavuuden syynä pidetään perintötekijöiden, sopimattomien ruokailutottumusten ja liian vähäisen liikunnan yhdistelmää. (Stigman 2008, 4; Fogelholm 2006; Janson & Danielsson 2005, 28, 42 - 43, 54.) Fogelholmin ja Hakalan (2008) mukaan vähäisen fyysisen aktiivisuuden merkitys lihavuuden yleistymisessä saattaa olla jopa ruokavaliota suurempi. Lihomiselle herkissä elämänvaiheissa ihmisen fyysinen aktiivisuus muuttuu usein selkeämmin kuin ruokavalio. (Fogelholm & Hakala 2008, 143.)

Suomessa lapsuusiän ylipainon ja lihavuuden diagnoosi perustuu pituuden ja painon mittaamiseen. Niiden perusteella määritetään pituuteen suhteutettu paino eli pituuspaino. Tätä arvoa verrataan suhteessa samaa sukupuolta ja samanpituisia olevien lasten keskipainoon, jonka määrittäminen puolestaan perustuu kansallisista tiedoista koottuihin kasvukäyriin. Alle kouluikäisellä yli 10 % tai kouluikäisellä yli 20 % pituuspaino merkitsee ylipainoa. Jos pituuspaino on alle kouluikäisellä yli 20 % ja kouluikäisellä yli 40 % samanikäisten ja pituisten keskipainon lapsi määritellään lihavaksi. (Stigman 2008, 4.) Lasten painon arviointi tulee Suomessa muuttumaan lähiaikoina. Useissa muissa maissa käytettävä lasten painoindeksi tullaan ottamaan käyttöön myös Suomessa. (Sormunen 2010, 6.)

Joissakin lähteissä ja usein arkikielessä käytetään myös termiä liikapaino tarkoittamaan sekä ylipainoa että lihavuutta. Tässä opinnäytetyössä käytetään pääosin termiä ylipaino tai, kun asiayhteys vaatii korostamaan ylipainon suurta määrää, käytetään termiä lihava.

Lasten lihavuuden hoidossa ovat ensisijaisina tavoitteina pysyvät muutokset ruokailu- ja liikuntatottumuksissa sekä lapsen hyvinvointi ja terveys. Toissijaisina tavoitteina ovat yksilöllinen painotavoite ja lihavuuden liitännäissairauksien välttäminen. Vapaaehtoisuus on hoidon lähtökohta. Hoito on yksilöllistä, perhekeskeistä ja riittävän pitkäkestoista. (Duodecim 2005.)

6.1 Ylipaino ja fyysis-motoristen liikuntataitojen kehittyminen

Motoristen perustaitojen oppimisessa tavoitteena tulisi olla kehittyneen mallin oppimista, jolloin taidot automatisoituvat ja tulevat osaksi lapsen toimintakykyä. Motoristen perustaitojen tulisi automatisoitua ennen kouluikää. Automatisoituneita perustaitoja voidaan yhdistellä. Mikäli lasta ei kiinnosta liikuntataidon riittävä harjoittelu tai hänellä ei ole harjoittelumahdollisuutta, voi hänelle automatisoitua perusvaiheen liikkumismalli. Tällöin on vaikeampaa tehdä liikeyhdistelmiä tai edistyä liikunta- ja lajitaidoissa. Mm. käsittelytaitojen (pallon tms. kiinniotto ja heitto) kehittyminen vaatii määrätietoista ja pitkäjänteistä harjoitusta – siis satoja toistoja. (Karvonen ym. 2003, 48; Sääkslahti 2005, 96.)

Lieväkin ylipaino heikentää lasten juoksu- ja hyppytuloksia, kun niitä verrataan normaalipainoisten ikätovereiden tuloksiin. Tämä havainto on käynyt ilmi jo viisivuotiailla, ja se vahvistuu iän lisääntyessä. Ylipainoiset lapset ovat erityisen alttiita omaksumaan liikunnallisesti passiivisen elämäntavan. He eivät tovereitaan huonompikuntoisina pysy liikunnallisissa leikeissä mu-

kana ja siksi keskittyvät toimintoihin, joissa heidän heikko kuntonsa ei näy. On todennäköistä, että ylipainoa kertyy herkästi lapselle, jolla on keskitasoa matalampi fyysis-motorinen suorituskyky ympäristöllisistä tai kehityksellisistä syistä johtuen. (Halme 2008, 109.)

Heikon motoriikan osuutta ylipainon kehittymiseen on selvitetty myös ruotsalais-brittiläisessä tutkimuksessa (Osaka & Montgomery 2008). Sen mukaan lapsuuden ajan kömpelyys voi johtaa ylipainoon. Lapset, joilla on heikompi hienomotoriikka ja koordinaatio, kärsivät todennäköisemmin ylipainosta aikuisiällä. Suurin osa tutkituista ei ollut keskivertoa painavampia lapsuudessaan, siten neurologiset komplikaatiot, joiden on arveltu johtuvan ylipainosta, voivatkin olla ylipainon syynä. Heidän mukaansa lapsuuden kömpelyyteen voi olla syynä useiden asioiden yhteisvaikutus, kuten äidin tupakointi raskausajalla ja (vähäinen) fyysinen aktiviteetti lapsuuden aikana, jolloin motoriikka kehittyy. Tutkimus oli osa Ison-Britannian National Child Development Study -tutkimusohjelmaa, jossa on tutkittu yli 11 000 ihmistä vuodesta 1958 alkaen. (Toivanen-Visti 2008; Osaka & Montgomery 2008.)

Talvitien ym. (1998) tutkimuksessa motorista kömpelyyttä erittäin hyvin erottelevia tehtäviä olivat kiipeäminen puolapuilla ja taaksepäin käveleminen puomilla. Vähiten kömpelyyttä erottelevia tehtäviä olivat kuperkeikka, varpailla kävely ja juoksu, vaikka näissä tehtävissä kömpelöt lapset suoriutuivatkin yleensä ikäluokkansa keskivertolapsia heikommin. Kuperkeikassa kömpelyys näkyi lähinnä epäsymmetriana ja riittämättömänä pään taivutuksena liikkeen alussa. Hypyissä kömpelöt lapset suoriutuivat paremmin vasemmalla jalalla kuin oikealla jalalla ja motorisesti taitavammat lapset päinvastoin. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on, Talvitien (1998) mukaan, todettu kömpelöillä lapsilla useammin vasemman puolen hallitsevuutta. Trampoliinihyppely ja pujottelujuoksu erottelivat myös kömpelöt ja ei-kömpelöt lapset toisistaan. Kömpelön lapsen hyppely trampoliinilla oli katkonaista ja keskeytyi usein. Pujottelujuoksussa huono suoritus tuli esille keilojen kaatumisena ja ohittamisena. (Talvitie ym. 1998.) Lapsuusaikana kömpelyydellä on erityinen rooli mm. sairauksien diagnostiikassa, sillä liike- ja havaintotoiminnot käyttävät yli 80 % aivokudoksesta. Tämän vuoksi oletetaan, että kehitysviivästymät ja -poikkeamat voidaan havaita erityisen hyvin, ellei ensimmäiseksi, lapsen motorisessa toiminnassa. (Virsu 1991, 147 - 168.)

Näiden edellä mainittujen tutkimustulosten mukaan on perusteltua ohjata kömpelöitä lapsia ja heidän vanhempiaan liikunnassa. Mitä varhaisempina lapsuusvuosina päästään motivoimaan

vanhempia ja lasten muita lähiaikuisia lapsen liikkumisen ohjaamiseen, sitä paremmat mahdollisuudet lapsella on taitojensa realistiseen kehittymiseen.

6.2 Ylipaino ja kestävyyskunnan kehittyminen

Käsitteillä fyysinen ja motorinen kunto tarkoitetaan elimistön kykyä sopeutua rasitukseen. Liikunnan teholla (intensiteetillä) on tässä asiassa merkitystä. Hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto kehittyy vain, kun liikutaan useita kertoja päivässä hengästymiseen saakka. Riittävä kuormitustaso tällöin on 60 - 90 % maksimaalisesta sydämen syketasosta. Lasten hapenottokyky ja yleinen jaksaminen kehittyvät sitä paremmin, mitä useammin he liikkueessaan hengästyvät ja hikoilevat. (Sigman 2008, 4 - 5; Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 10; Karvonen ym. 2003, 43.)

Alle kouluikäisten sydän kestää korkeanasteistakin rasitusta, jos se on lyhytkestoista ja lapset saavat sitä itse säädellä. Kestävyyskuntoa harjaannuttavat siten hippaleikit tai pienimpien lasten kävely- tai juoksuspurtit. Lapset kokevat rasittavana ja epämiellyttävänä sellaisen liikunnan, jossa ylittyy heidän luonnollinen rytmi tauotta suoritusta. Tällaisia voivat olla pitkäkestoista ja yksipuolista lihastoimintaa vaativat staattiset asennot. Jos lapsille on annettu mahdollisuuksia ja heitä kannustettu kestävyttä vaativiin toimintoihin, he jaksavat paremmin esim. pitkiä kävelylenkkejä metsässä. Jos ajanvietto on ollut passiivista, ei kestävyysominaisuus kehity. (Karvonen ym. 2003, 43, 47.)

Keuhkojen vitaalikapasiteetin parantaminen vaatii aikuisiässä todella tehokasta harjoittelua. Kasvuikässä tapahtuva fyysinen aktiivisuus on keskeistä tässä muovautumisessa, ja siksi lapsena ja nuorena tapahtuva liikuntaharjoittelu on erittäin tärkeää. Matala vitaalikapasiteetti ennustaa sydän- ja verisuonisairauksien ja myös 2-typin diabeteksen riskiä. (Niskanen 2007.)

Tutkimusten mukaan ylipaino heikentää selvästi kestävyttä, erityisesti juoksukestävyttä, mutta myös lihaskestävyttä ja räjähtävää voimaa (esim. hypyt ja loikat). Jonkin verran ylipaino heikentää ketteryyttä, nopeutta sekä liikunnallisia perustaitoja. Sen sijaan ylipainolla ei ole todettu vaikutusta notkeuteen. (Fogelholm 2006.)

Vähäinen liikuntamäärä saa aikaan lihaksiston hitaiden eli tyypin 2 lihassäikeiden osuuden pienemistä. Tällä on todettu olevan yhteys heikentyneeseen insuliiniherkkyyteen ja rasvojen

hidastuneeseen palamiseen. Nämä ilmiöt voivat altistaa painonnousulle ja metabolisen oireyhtymän kehittymiselle. Elimistön glukoosin käytön tehokkuus eli insuliiniherkkyys riippuu suuresti luurankolihasiston määrästä ja kestävyysharjoittelun treenaaman lihaksiston määrästä. Siksi riittävän tehokas, lihasvoimaa ja -kestävyyttä lisäävä liikunta on tärkeää. (Niskanen 2007.)

Sääkslahden (2005) tutkimuksen mukaan fyysinen aktiivisuus näyttää olevan yhteydessä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin jo 3–4-vuotiailla lapsilla. Runsas vauhdikkaiden leikkien määrä liittyi alhaisempaan seerumin kokonaiskolesteroliin ja suurentuneeseen HDL-kolesteroliin. Erityisesti tytöillä fyysisesti passiivinen ajankäyttö oli yhteydessä kehon painoindeksiin. Tytöillä pelkkä ulkona leikkiminen ei ollut yhteydessä parempiin kolesteroliarvoihin toisin kuin pojilla. Terveysvaikutuksia saadakseen tyttöjen olisi nostettava liikkumisen kuormitusta ja intensiteettiä. Poikien ulkoleikit kuormittavat todennäköisesti luonnostaan paremmin hengitys- ja verenkiertoelimistöä ja ne ovat kestävyystyypisempiä kuin tytöillä. (Sääkslahti 2005, 97 - 100.)

Tutkimuksissa on löytynyt fyysisen aktiivisuuden ja lihavuuden välillä selkeä negatiivinen yhteys. Fyysisesti inaktiiviset henkilöt ovat keskimäärin lihavampia kuin aktiiviset henkilöt. (Stigman 2008, 5.) Lihavat hyötyvät liikunnan terveystaakasta selkeämmin kuin normaali-painoiset. Vähäinen liikunta ja lihavuus ovat yhteydessä huonoon unen laatuun ja päiväaikana koettuun väsymykseen. Tutkimusten mukaan liikunta auttaa myös päivittäisen stressin hallinnassa. (Fogelholm ym. 2007, 21 – 22.)

6.3 Liikunnan ilo ja positiivinen minäkäsitys

Lapsen tietoisuus omasta kehosta ja sen hallinnasta auttavat terveen itsetunnon kehittämisessä. Lähes poikkeuksetta lapsen omanarvontunto on yhteydessä hänen fyysis-motorisiin kykyihinsä. Zimmerin (2002, 24) ja mukaan erityisesti fyysisesti ja motorisesti heikot lapset, jotka eivät leikkitilanteissa ja liikunnassa saavuta toisten lasten hyväksyntää ja arvontaa, tuntevat olevansa epäonnistujia. Stigmanin (2008, 4 - 5) mukaan ylipainoisetkin lapset pitävät liikkumista aluksi myönteisenä asiana, ja vasta, kun sosiaalinen ympäristö tuomitsee heidät kömpelöiksi, he kokevat epäonnistuneensa koko ryhmälle annetuissa tehtävissä, jolloin he myös asennoituvat negatiivisesti liikuntaan. Lapsi, jonka leikkitoverit tai aikuiset luokittelevat heikoksi ja jolta ei edes odoteta suorituksia ja pätevyyttä, reagoi alistumalla ja vetäytymällä tai aggressiivisuudella ja hyökkäävyydellä. Lapsi alkaa välttää motorisia haasteita epäonnistumisen pelossa. Puutteelli-

sen harjoittelun seurauksena suoritusero ikätovereihin kasvaa entisestään. Näin syntyy noidankehä, josta ulospääsy ei yleensä onnistu ilman ulkopuolista. Usein lapsi, joka on liikunnallisesti heikko, leimaa itsensä herkästi heikoksi myös muissa taidoissa. (Zimmer 2002, 25 - 26.)

Tutkimusten mukaan hyvät motoriset perustaidot vähentävät lasten tapaturmia, sillä mitä paremmat lapsen liikuntataidot ovat, sitä helpompaa hänelle on ympäristön tapahtumien seuraaminen. Tämä sama ilmiö toteutuu kouluympäristössä oppimisen asioissa. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 12 - 13.) Harjaantuneet motoriset taidot ovat myös liikunnan erityistaitojen oppimisen eli taitotavoitteellisen liikunnan harrastamisen edellytys. Koettu liikunnallinen pätevyys on lapsilla yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen. Siksi ylipainoisten ja lihavien lasten liikuntaan kannustamisessa tulisi kiinnittää erityishuomiota minäkäsityksen ja koetun liikunnallisen pätevyyden vahvistamiseen. Tärkeimmät kannustajat ja esimerkin antajat ovat vanhemmat ja lapsen opettajat päiväkodissa ja koulussa. (Stigman 2008, 4 - 5.)

Ylipainoisen tai lihavan lapsen liikuntaa estäviä tekijöitä ovat mm. taitojen puute, liian kuormittava liikunta ja siitä aiheutuvat hengitysvaikeudet ja kipu, kilpailu ja vertailu, häpeä, vanhempien epärealistiset odotukset, ajan ja mahdollisuuksien puute, itseluottamuksen puute ja aiemmat negatiiviset kokemukset. Ylipainoisen tai lihavan lapsen liikuntaa edistäviä tekijöitä ovat mm. kavereiden hyväksyntä ja kannustava ilmapiiri, ei-kilpailullinen liikkuminen, pieni ja tuttu ryhmä, selkeät, realistiset tavoitteet ja sisällöt, vanhempien ja opettajien tuki ja osallistuminen sekä taito- ja ikätasolle sopiva liikunta. (Stigman 2008, 4-5.)

Kysyttäessä syitä liikkumiseen peruskoulun 9.-luokkalaisilta nuorilta ilmoittivat normaalipainoiset syyksi useammin ”se tekee minut fyysisesti viehättäväksi” ja ”haluan olla fyysisesti hyvässä kunnossa”. Normaalipainoiset pojat ilmoittivat lisäksi ”nautin kilpailemisesta”, ”nautin harjoittelusta” ja ”haluan siitä itselleni uran”. Ylipainoiset 9.-luokkalaiset nuoret ilmoittivat liikunnan vähäisyyden syyksi useammin ”väsyn helposti” ja ”en ole liikunnallinen tyyppi”. Ylipainoisten poikien suosima vastaus oli lisäksi ”kaveritkaan eivät harrasta” ja tyttöjen ”siinä kilpaillaan”. (Fogelholm 2006.)

Nuoremmat lapset saattavat kieltäytyä osallistumasta liikuntaan, koska he eivät tiedä, mikä heitä odottaa. Heillä saattaa olla vastaavista tilanteista kivuliaita kokemuksia, tai he ovat voineet loukata itsensä. Heistä saattaa myös tilanteen hallinta näyttää liian vaikealta, tai he pelkäävät epäonnistuvansa. Pelkonsa ilmauksena lapsi saattaa itkeä, tarrautua vanhempaansa tai ohjaa-

jaan. Hän saattaa hermoilla ja jännittää vaikka osallistuukin, tai häiritä ja kiusata muita lapsia. Hän saattaa myös muuttua aggressiiviseksi tai valittaa vatsa- tai kurkkukipua tai teeskennellä loukanneensa itsensä. Ohjaajalta vaaditaan herkkyyttä huomata ja osata tulkita lasta. Tällainen käyttäytyminen on selvä merkki siitä, että lapselta on vaadittu liikaa tai lapsi pelkää. Lapsella on tuolloin kokemus, ettei hän osaa arvioida ja hallita tilannetta. (Zimmer 2002, 45 - 46.)

Koulujen ja päiväkotien liikuntakasvatuksessa tulisi erityisesti huomioida ne lapset, joiden kyvyt eivät vastaa keskitasoa tai joilla on jokin erityispulma, esim. erikoinen ruumiinrakenne (esim. ylipaino). Juuri näille lapsille liikunta tarjoaa hyvinkin tehokkaita edistymisen keinoja, mutta he tarvitsevat tuekseen erityisen herkkätuntoista ohjausta. Ohjauksen ensisijaisena tavoitteena on itsetunnon vahvistaminen ja lapsen integroiminen ryhmään. (Zimmer 2002, 46.)

Lempeä kosketus luo turvallisuutta. Ylipainoiset ja lihavat lapset tarvitsevat runsaasti fyysistä läheisyyttä. Lapsen koskettaminen ja halaaminen, hänestä kiinni pitäminen ja hänen lähellään istuminen vahvistavat lapsen tunnetta siitä, että hänet hyväksytään. Näin vahvistuu tunne, että minun kehoni ei ole vastenmielinen, minusta välitetään ja minua rakastetaan. (Janson & Danielsson 2005, 144.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että lapsi, jolla on ylipainoa tai joka on lihava, tarvitsee erityisen ymmärtäväistä ja sensitiivistä ohjausta. Tavoitteet tulee pohtia yhdessä lapsen tai nuoren kanssa, ja ne tulee lähteä hänen motivaatiopohjaltaan. Tässä kehittämistyössä käytetään ohjauksessa Liikkumissuunnitelmaa ja Motivaatioportaita yhteisen tavoitteen löytämisen apuna. Lisäksi tarvitaan reflektointia keskustelua perheen kanssa ja ohjaajan innostusta asiasta.

7 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN LIIKUNTANEUVONNAN LÄHTÖKOHTIA JA MALLEJA

Terveyden edistäminen on keino terveyden aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Terveys voidaan nähdä ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä selviytyä ja suoriutua. (Koskinen-Ollonqvist 2005, 9.) Terveyden edistämisen toiminta voi olla lähtökohdiltaan terveyttä edistävää, terveyttä suojelevaa tai sairauksia ehkäisevää. Terveyden edistämisen sisältöjä ovat esim. biolääketieteellisestä näkökulmasta sairauksien ehkäisyn tehostaminen, hoitoon ohjaus ja käypä hoito, käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta asenteiden ja toimintojen muuttaminen terveyttä tukevaan suuntaan ja kasvatustieteellisestä näkökulmasta muutoksien aikaansaaminen neuvonnan, koulutuksen ja kasvatuksen avulla. Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen nähdään hyvin laaja-alaiseksi toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. Lähtökohdana on taata ihmisille terveyttä tukeva ympäristö, tiedonsaanti, elämäntaidot sekä mahdollisuudet terveellisten valintojen tekemiseen. Terveyden edistämisessä painotetaan ihmistä aktiivisena toimijana ja osallistujana. Terveyden edistämisen tutkimusta ohjaavana päämääränä on tieteellisesti perustellun tiedon hyödynnettävyys terveyden edistämisen interventiossa. (Lahtinen ym. 2003, 20 - 21, 28; Koskinen-Ollonqvist 2005, 9; Nupponen & Suni 2005, 216.)

Ollila (2005, 24) pohdiskelee terveyden edistämisen näkökulmasta mm. ihmisen itsemääräämisoikeutta ja lihavuutta. Elämäntapasuosittelujen tyrkyttäminen on ihmisen itsemääräämisihanteen valossa loukkaavaa. Kuitenkin terveystutkimukset ovat tuottaneet monenlaista terveyttä edistävää tietoa. Käytännön työssä havaitaan usein, että tietoa näistä asioista ei aina saada suoraan siirretyksi potilaan terveyttä edistäväksi toiminnaksi. Ollila (2005, 24) kysyy, miksi pitäisi rahoittaa ja toteuttaa terveystutkimusta, ellei tutkimustietoa voi mihinkään käyttää. Lihavuus tuottaa suuria kustannuksia. Lihavien oikeuksista huolestuneiden mielestä lihavuus on yksityisasia, mutta kansanterveys on kuitenkin yhteinen asia. Ollilan mukaan niin kauan kuin lihavuus on kansanterveydellinen ongelma, se on hyvinvointivaltiossa julkistaloudellinen ongelma. Siksi se on meidän kaikkien yhteinen huoli. (Ollila 2005, 24.)

Liikuntaohjausta antavan työntekijän on hyvä pohtia omaa asennettaan mm. lihavuutta kohtaan. Tähän kehittämistehtävään kootulla kirjallisuuskatsauksella pyritään antamaan tiivistettyä tietoa pohdinnan tueksi. Tämän kehittämistehtävän eräänä teemana liikuntaohjauksessa on ohjattavan - lapsen, nuoren ja aikuisten - voimavarojen lisääntyminen.

Hyvinkään toteutettu kertaluontoinen liikuntaneuvonta ei tutkimusten mukaan tue riittäväällä tavalla pysyvää käyttäytymisen muutosta. Tarvitaan pitkäkestoista tukea. Lääkäri on tärkeä henkilö liikuntakäyttäytymisen puheeksi ottajana ja muiden ammattiryhmien viestin vahvistajana. Potilaat arvostavat lääkärin asiantuntijuutta. Lisäksi potilaat tarvitsevat usein tukea konkreettisen, juuri heille soveltuvan liikuntaohjelman laatimisessa ja seurannassa. Fysioterapeutti on tärkeä henkilö yksilöllisen liikuntaohjelman laatimisessa, täsmentämisessä ja seurannassa. Työterveyshoitajat (neuvolassa terveydenhoitajat, kirj. huom.) ovat myös tärkeässä roolissa tukemassa tässä hitaassa käyttäytymisen muutosprosessissa. Liikuntaneuvonta ja liikuntakäyttäytymisen muutos on monen eri ammattihenkilön yhteistyön haaste. (Tala 2007; Ståhl 2005.)

Nuorten asenteisiin muutoksia toivovan henkilön on pohdittava omia lähestymistapojaan ja kehitettävä itsessään vuorovaikutustaitoja. McDonald's hampurilaisketjun www-sivuilla pohditaan nuorten valintojen perusteita. Perinteisen valistuksen nuoret tulkitsevat helposti ylhäältä päin tulevaksi yritykseksi tarjota nuorille valmiita aikuisten valitsemia ratkaisuja. Tutkimusten perusteella on nimetty kuusi tyypillistä alakulttuurista nuorisoryhmää, joita voi nimittää esim. rokkarit, skeittarit, nörtit, pikkudiivat, urheilijat ja maailmanparantajat. Tutkimukset osoittavat, että erilaiset nuorisoryhmät kokevat erilaiset asiat tärkeiksi, ja jos tiettyä ryhmää halutaan puhutella, on puhuttava niistä teemoista ja sillä kielellä, jonka nuoret kokevat omakseen. Viestit voivat olla suoria, mutta se ei ole välttämätöntä, sillä nuoret ovat tottuneet tulkitsemaan myös kätettyjä viestejä. Pääasia, että viestit tuntuvat nuorista rehellisiltä. (Mc Donalds - hampurilaisketju 2003.)

Fogelholmin (2006) mukaan terveys ei ole lapsille ja nuorille ”mun juttu”. Liikkumiseen ja ruokailuun sekä muihin terveyteen vaikuttaviin valintoihin liittyvät ensisijaiset mielikuvat ja arvot ovat jotakin muuta. Lasten ja nuorten ohjauksessa tulisi pysyä myönteisellä linjalla ja mieluummin kehottaa ”tee...” kuin ”älä...”. Ainakin nuorten kohdalla tulee tukea ja arvostaa heidän tekemiään hyviä itsenäisiä päätöksiä. Samoin ainakin lapsilla tulee olla vanhemmat mukana elämäntapamuutoksessa ja -ohjauksessa. Realistista on tavoitella muutoksia, jotka ovat selkeitä ja joiden toteutumista voidaan seurata, esim. virvoitusjuomien käyttö, television katseleminen, koulumatkat. Liian montaa muutosta ei kannata tavoitella kerralla. Perusajatus on, että lähdetään liikkeelle siitä, mikä on kivaa ja mitä osataan. Lopullisena tavoitteena pidetään mielessä kuitenkin monipuolisuus, jolloin ”heikkoja” kohtia eli usein kestävyyttä ja lihaskestävyyttä pitää kehittää. (Fogelholm 2006.) Lapsen ja perheen näkökulmasta kasvatuksen ja kuntoutuk-

sen tulee muodostaa mielekäs kokonaisuus, jolloin arki järjestetään kuntouttavaksi lapsen tueksi (Sipari 2008).

Sääkslahti (2005) on tutkimustaan varten koonnut eri lähteistä liikuntainterventioille asetettuja odotuksia ja suosituksia. Tämän koosteen mukaan interventiossa tulisi mallintaa terveellinen elämäntapa, antaa tietoa ja ohjeita, seurata suositusten noudattamista, antaa vanhempien osallistua neuvontatilaisuuksiin, tarjota opetusmateriaalia käyttäytymisen muuttamisen tueksi sekä hyödyntää eri alojen asiantuntijoiden erityisosaamista, kuten fysiologia tai terveystieteologia. Muita kantavia teemoja ovat vapaaehtoisuus, perheiden osallistuminen, elinikäisen liikunnan harrastamisen mahdollistavien liikuntataitojen opettaminen sekä se, että interventioon osallistuvilta varmistetaan heidän kokemuksensa intervention hyödyistä. Interventio-ohjelmien tulisi olla aktiivisen vuorovaikutteisia ja rohkaista osallistujia itsenäiseen ajatteluun sekä päätöksentekoon. Interventiossa tulisi huomioida ihmisen kognitiivinen ja sosiaalinen puoli sekä ympäristön vaikutus. (Sääkslahti 2005, 39 - 40.) Lähtökohtana lasten lihavuuden hoidossa ovat perheen elämäntilanteen huomioiminen, elämäntapojen muuttamisen tarve ja halukkuus muutoksiin. Työkaluna käytetään motivoivaa haastattelua, joka on potilaslähtöistä ja positiivista eikä syylistävää. Hoito on yksilöllistä, perhekeskeistä ja riittävän pitkäkestoista. (Duodecim 2005.)

Tässä kehittämistehtävässä oppijana käsitetään sekä ohjattava perhe että ohjaaja itse. Ohjaustilanteessa tapahtuu oppimista molemmiin puoliin. Yhteisen ymmärryksen tueksi tarvitaan havainnollistavia välineitä. Ohjaaja saa voimavaroja ja voi antautua vapautuneempaan keskusteluun, kun hänellä on visio ohjauksen ”punaisesta langasta”. Konkreettiset keskustelua ohjaavat välineet voivat auttaa tässä.

7.1 Sosiaalis-kognitiivinen liikuntainterventio

Riittävän pitkäkestoinen interventio ja runsaat toistot varmistavat sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan perustuvan oppimisen. Tavoitteena liikuntainterventiossa on luoda sosiaalisesti liikunta-myönteinen ilmapiiri. Liikuntaintervention tulee sisältää konkreettisia malliesimerkkejä eri ympäristöihin muunneltavista liikunta- ja leikkiesimerkeistä. Tiedon jakaminen, asenteiden muokkaaminen ja liikunnan merkityksen osoittaminen ovat intervention sisältöä. Apuna käytetään eri aistien välityksellä käsiteltävää materiaalia. Osallistujat tarvitsevat välitöntä ja välillistä palautetta motivoituaakseen ja pysyäkseen interventiossa mukana. (Sääkslahti 2005, 45.)

Sääkslahden (2005) Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojektin (STRIP) osatutkimuksessa alle kahdeksanvuotiaiden lasten vanhempiin kohdistetulla pitkäaikaisella interventiolla saavutettiin pieni muutos lasten ajankäytössä. Lisäksi 34 % vanhemmista ilmoitti, että heidän asenteensa oli muuttunut entistä liikuntamyönteisemmäksi. Noin kolmannes vanhemmista ilmoitti, että parasta liikuntatutkimukseen osallistumisesta oli ollut lapsen kehityksen seuraaminen ja omasta lapsesta palautteen saaminen. 7 % vanhemmista piti liikuntatietouden saamista tärkeänä. (Sääkslahti 2005, 86 - 87.) Kurrin ja Tolvasen (2007, 20) kyselyssä vanhemmat oivallisesti mainitsivat kolmeksi tärkeimmäksi tahoksi antamaan liikuntakasvatusta kodin, koulun/päiväkodin ja liikuntaseurat. Samassa kyselyssä 61 % vanhemmista halusi saada lisää tietoa lasten liikunnasta. Jotkut vanhemmista kaipaivat myös tietoa sopivasta liikunnan määrästä lapsille sekä terveysvaikutuksista ja -riskeistä.

Sääkslahti (2005) toteaa, että pienten lasten vanhempiin suunnatulla sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan pohjautuvalla interventiolla voidaan lasten vanhemmat saada tietoisiksi fyysisen aktiivisuuden tärkeydestä lapsille. Kun vanhempia ohjataan, he voivat motivoitua kasvattamaan ja rohkaistamaan lapsiaan leikkimään ulkona pidempään ja vauhdikkaammin kuin todennäköisesti olisivat tehneet ilman ohjausta. Tutkimuksen interventiot ajoittuivat kaikkiaan neljän vuoden ajalle, mutta pientä positiivista muutosta tapahtui ulkona leikin ja vauhdikkaiden leikkien määrässä jo ensimmäisen tutkimusvuoden aikana. Koko neljän vuoden aikana interventioryhmän ulkona leikkimisen ja vauhdikkaan leikin määrä lisääntyi erittäin merkitsevästi. Tutkimuksessa korostettiin vapaaehtoisen osallistumisen ilmapiiriä. Sillä pyrittiin lisäämään vanhempien oman vaikutusvallan tunnetta, joka tutkijan mukaan saattoi pitää liikunnan iloa yllä pidempään. Selkeästi määritellyt taitotavoitteet ja niiden pohjalta laaditut sisällöt saattaisivat vaikuttaa nykyistä enemmän lasten motoristen taitojen kehittymiseen. Tutkija toteaa, että saatujen tulosten mukaan pienten lasten vanhemmille voidaan suositella, että heidän tulisi ohjata lapsiaan leikkimään runsaasti ulkona. (Sääkslahti 2005, 68, 91, 96.)

Tässä kehittämistehtävässä käytetään visuaalisia välineitä keskustelun avulla annetun liikuntaohjauksen rinnalla.

7.2 Neuvokas perhe

Neuvokas perhe -ohjelma on osa Suomalaisen Sydänohjelman 2006 - 2011 väestöstrategiaa, ja se perustuu valtakunnallisen STRIP-hankkeen tutkimustuloksiin. Suomalaisen Sydänohjelman tavoitteena on, että vuonna 2020 sydän- ja verisuonisairaudet eivät ole merkittävä kansanterveysongelma suomalaisessa väestössä ja että terveet toimintakykyiset elinvuodet lisääntyisivät. Ohjelmassa on tavoitteeseen pääsyyn kaksi johtoaajatusta: ”Terveet elintavat pienestä pitäen” ja ”Pieni ottaa isosta mallia, kaikessa.” Ohjelman pääkohteena ovat lapset ja lapsiperheet. (Huttunen 2006.) Neuvokas perhe -ohjelman taustalla on Turussa toteutettava elintapainterventio, joka on antanut vankan näytön siitä, että varhainen puuttuminen lasten ja lapsiperheiden elintapoihin kannattaa. (Sydänliitto 2009; Jungman 2006; Koskenkorva ym. 2008, 16.)

Neuvokas perhe -mallissa käytetään ohjauksen apuna Perheen liikuntatottumukset ja perheen ravitsemustottumukset -kortteja. Niissä on kysymyksiä äidin, isän ja lapsen tottumuksista, mm. liikunta-asenteista, arkiliikunnasta ja liikunnan harrastamisesta. (Koskenkorva 2007.) Ohjausmalli vaatii terveydenhoitajan tai muun työntekijän oman persoonan käyttöä. Se ottaa asiakkaan, erityisesti lapsen, mukaan tasa-arvoisena keskustelijana. Osallisuus dialogissa tukee itsetuntoa, motivoi ja opettaa myös vanhempia. Ohjelmassa korostetaan mieluummin pieniä muutoksia kuin äkkiä suurten remonttien tekemistä. (Sulola 2008.) STRIP-projektin tutkimusten mukaan ravitsemusneuvontaa kannattaa suunnata lapsen seitsemän vuoden ikään saakka enemmän vanhemmille ja siitä eteenpäin yhä enemmän lapselle itselleen. (Koskenkorva ym. 2008, 15.)

Neuvokas perhe -mallissa korostetaan tasavertaista ja myönteistä vuorovaikutusta vanhemman ja työntekijän välillä vertaispuheen ja myönteisen kannustuksen avulla. Tällä tarkoitetaan, että vanhemmalle kerrotaan tuntemuksista ja kokemuksista, jotka ovat samansuuntaisia vanhemman kokemusten kanssa. Kerrotut tuntemukset voivat olla ohjaajan tai muiden ohjattavien kokemuksia. Parhaimmillaan vertaispuhe kannustaa vanhempaa kertomaan lisää ja ehkäisee kokemusta kasvojen menettämisestä. Myönteistä rohkaisua ovat esimerkiksi toteamukset ”tuo onkin tärkeä asia” tai ”hyvä, että kerroit, kuulisin mielelläni lisää”. (Koskenkorva ym. 2008, 29.) Lapsiperheiden terveyden edistämisessä keskeisen tärkeässä vuorovaikutuksessa ovat mukana lapsi, vanhemmat ja työntekijä. Asiakkaan elämänhallintataitojen tukeminen edellyttää työntekijältä tasavertaista suhtautumista asiakkaan kanssa, jotta asiakkaan tekemiä ratkaisuja ja valintoja voidaan tukea. (Haaranen 2003, 47 - 75.)

Tässä kehittämistehtävässä tunnustetaan perhelähtöisyyden arvo ohjauksessa. Neuvokas perhe -mallin liikuntakysymyskorttia on käytetty lähdemateriaalina suunniteltaessa K-13 ja Alle 13-vuotiaan liikuntatottumuskyselyä (liitteet 13 ja 14). Kysymyksissä on huomioitu vanhempien rooli esimerkin ja liikuntamahdollisuuksien antajana.

7.3 Muutosvaihemalli

Yleensä oletetaan, että aikuiset ovat täysin rationaalisia (järkipäisiä) ja täysin autonomisia (itsenäisiä). Käytännön psykologian tosiasiat jäävät tässä teesissä huomioimatta. Yksinkertaisimmassa merkityksessään rationaalisuus tarkoittaa yksilön kykyä laatia johdonmukainen mielentymysjärjestys (preferenssi-) erilaisten vaihtoehtojen välillä. Usein ihmisen omat pohdinnat omasta hyvästä eivät kuitenkaan toteudu. (Keskinen-Ollonqvist 2005, 22 - 23.)

Terveystieteen edistämiseen liittyy pyrkimys ihmisten ajattelun ja käyttäytymisen muuttamiseen (Keskinen-Ollonqvist ym. 2005, 5; Nupponen & Suni 2005, 218). Neuvonnassa on tärkeää aloittaa työskentely selvittämällä, mitä asiakas ajattelee ja mihin hän on pyrkimässä. On myös selvitettävä, millainen halu hänellä on käyttäytymismuutoksiin. Realistista on pyrkiä etenemään vain lähinnä seuraavaan vaiheeseen. Jotta ihminen alkaa harkita muutosta omalla kohdallaan, tarvitaan jonkinlainen virittyminen ajatukseen. Usein on selventävää pohtia, mikä välineellinen merkitys liikunnalla voisi olla asiakkaalle. Pelkkä muutosten ehdottelu synnyttää vastarinta-ajattelua, ellei omakohtaista kiinnostumista asialle ole. Haluttomalle asiakkaalle kannattaa esitellä liikunnan hyötyjä ja vaihtoehtoja. Tavoitteissa etenemisen voi toistaiseksi jättää hänen itsensä harkittavakseen. Jos asiakas pitää itse muutosta tarpeellisenä, kannatta ehdottaa määräaikaista mutta suunnitelmallista kokeilua. Kokeilun ohjaaminen on aktiivisin työvaihe. (Nupponen & Suni 2005, 219.)

Alkuperäisessä Prochaskan (1982) kollegoineen luomassa muutosvaihemallissa (myös transteoreettinen muutosvaihemalli) on viisi eri muutoksen tasoa. Tämä malli havainnollistaa muotomotiivaatiota ja muutosta elämäntavoissa. Henkilö kulkee epälineaarisesti mallin vaiheesta toiseen. Malliin sisältyy ajatus, että repsahdukset kuuluvat muutospolkuun enemmän säännöllisesti kuin poikkeuksena. Repsahdukset ja muutosvaiheissa taaksepäin menot eivät siis tarkoita lopullista epäonnistumista. Muutoksessa läpikäytäviä vaiheita ovat esiharkinta-, harkinta-, valmistelu-, toiminta- ja ylläpitovaihe. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu erityisiä tunteita, ajatuksia

sia ja toimintoja. Esitutkiskeluvaiheessa henkilö ei tunnista muutoksen tarvetta. Harkintavaiheessa ongelma kyllä tunnistetaan, mutta sille ei vielä haluta tai kyetä tekemään mitään. Päättökentekovaiheessa henkilöllä alkaa viritä halu muuttaa toimintaansa, ja hän alkaa ehkä jo tehdä pienenpieniä kokeiluja kohti tavoitetta. Toimintavaiheessa henkilö tekee aikaisemmin suunnitteleman mukaisesti selkeitä muutoksia kohti tavoitetta. Ylläpitovaiheessa henkilö on toiminut suunnitelmansa mukaisesti puolen vuoden ajan tai pidempään ja vahvistaa kaiken aikaa uutta toimintatapaansa. (Love 2007; Koskenkorva ym. 2008, 25.)

Taulukossa 1. on mukailtu Loven (2007) artikkelissa esitettyä riippuvuushoidossa käytettyä muutosvaihemallia. Taulukossa on esitetty ohjattavan näkökulma ja ohjaajan tehtävät kussakin muutoksen vaiheessa. Tätä mallia on hyödynnetty myös tämän opinnäytetyön liikuntaohjausvälineistön suunnittelussa.

TAULUKKO 1. Asiakkaan ajatukset ja uskomukset eri muutosvaiheissa ja ohjaajan tehtävät (Love 2007).

	1. Esiharkintavaihe	2. Harkintavaihe	3. Valmisteluvaihe	4. Toimintavaihe	5. Ylläpitovaihe
Ajatukset ja käytäytyminen heijastavat uskomusta, että omat tai lapsen liikuntatottumukset...	... eivät ole ongelma.	... ovat ongelma, joka ehkä vaatii jotain muutosta.	...täytyy muuttua jotenkin.	...muuttuvat liikunnan lisäämisen avulla.	...eivät enää ole ongelma, koska elämäntavaksi on tullut riittävä terveysliikunta.
Uskomusten yhteenveto	"ongelmaa ei ole" tai "ei ole keinoa vaikuttaa ongelmaan"	"ongelma on olemassa"	"halu muutokseen"	"liikunnan lisääminen"	"uudet tottumukset"
Ohjaajan tehtävä	Herätä epäilyksiä ja kyseenalaista	Vahvista halua muutokseen	Luo toimintasuunnitelma	Ylläpidä tavoitteita toimintasuunnitelmassa	Ehkäise repsahduksia

7.4 Motivoiva haastattelu

Lasten lihavuuden hoidossa työkaluna käytetään motivoivaa haastattelua, joka on potilaslähtöistä ja positiivista eikä syyllistävää (Duodecim 2005). Motivoivassa haastattelussa peruslähtökoh- ta on, että kaikki haluavat olla terveitä ja että kaikilla on sisimmässään halu ja tarve jollakin tavalla edistää terveyttään. Terveiden kannalta hyvät valinnat eivät kuitenkaan aina yksilön elämässä toteudu omasta motivaatiosta huolimatta. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Ollila 2005, 22.) Taitavalla kommunikaatiolla on mahdollista herätellä ihmisen sisällä uinuvaa motivaatiota. Mustajoen ja Kunnamon (2009) mukaan ihmisen sisällä "asuu" sekä "kapinallinen" että moti- vaatio. "Kapinallinen" saadaan heräteltyä suoralla käskyllä tai muulla autoritaarisella ohjeella,

asiantuntijana esiintymisenä sekä taivuttelulla. Tällöin syntyy vastarinta mutta ei motivaatio. Jos ohjattava/potilas saa mahdollisuuden kokea, että hän voi itse päättää asioistaan, on motivaatiota mahdollista herätellä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Ihmiset motivoituvat myös arvojen kautta. Kun jokin asia tai tekeminen liitetään arvoon, se muodostaa tämän liitoksen kautta motivaation. Motivointi on kykyä tarjota toiselle keinoja ja tapoja toteuttaa hänelle tärkeitä asioita. Arvoja voi kysyä yksinkertaisesti: ”Mikä sinulle on tärkeitä / merkityksellistä x:ssä?”. (Ranta 2002.)

Motivoivassa keskustelussa on tavallaan kaksi asiantuntijaa. Terveystieteiden työntekijä (esim. fysioterapeutti) antaa oman asiantuntemuksensa ja tietonsa asiakkaan (potilas, lapsen vanhemmat, lapsi tai nuori itse) käyttöön, joka on puolestaan oman elämänsä paras asiantuntija. Asiakas itse ratkaisee elämäntapojensa muutoksen saamiensa tietojen ja omien resurssiensa puitteissa. Motivoivan keskustelun päätavoite on saada asiakas ajattelemaan aihetta. Avoimilla kysymyksillä voidaan auttaa asiakasta tässä tehtävässä. Avoin kysymys on myös perhe- ja voimavaralähtöisen keskustelun kysymystyyppi. Hyviä aloituksia ovat tällöin ”mitä”, ”miten” ja ”miksi”. Esim. ”Mitä mieltä olet lapsesi liikkumisesta?”, ”Miten teillä mieluiten liikutaan?”, ”Miksi arvelet, ettet saa lastasi mukaasi kävelyllä?” Asiakkaan kertoessa käsityksiään työntekijä ohjaa häntä jatkamaan. Suljettuja kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei, kannattaa ainakin keskustelun alussa välttää, koska ne lopettavat helposti keskustelun. Myöhemmin niillä toki voidaan tarkentaa ja vahvistaa sovittuja suunnitelmia ja päätöksiä. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Koskenkorva 2008, 30.)

Motivoivassa haastattelussa on neljä periaatetta, jotka edistävät asiakkaan motivoitumista. 1) Empatiaa osoittamalla työntekijä osoittaa keskustelukumppanille olevansa kiinnostunut hänen asiastaan. Katsekontakti, hyväksyvät äännähtelyt tai lyhyet välikommentit: ”Tuohan on kiinnostavaa, kerrohan tarkemmin.” kertovat asiakkaalle, että työntekijä on aktiivinen kuuntelija. 2) Välttämällä todistelua ja väittelyä työntekijän on mahdollista säilyttää tasavertainen keskustelu. Asiakkaan mahdollisesti asiasta poikkeavat käsitykset, joissa hän haluaa pysyä, voidaan jättää ratkaisematta ja siirtyä eteenpäin. Asiaan voidaan sopivassa kohdassa palata. 3) Työntekijän ei kannata provosoitua, vaikka asiakas ei toimi toivotulla tavalla. Vastahankaan myötäilemällä ja asiakkaan valinnoista kiinnostumalla asian käsittely etenee paremmin. 4) Nostamalla esille asiakkaan hyviä valintoja ja huomioita voidaan tukea hänen itseluottamustaan. Pienikin edistyminen tulee huomioida, vaikka asetetut tavoitteet olisivat vielä kaukana. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivassa haastattelussa työntekijä ohjailee keskustelua siten, että asiakas joutuu tarkastelemaan omia vaihtoehtojaan. Kun asiakas herää huomaamaan eron nykyisten tottumustensa ja omien terveyttä koskevien tavoitteidensa välillä, on motivoituminen muutokseen mahdollista. Hän voi myös tehdä itse mielessään suunnitelman, joka on yleensä toteuttamiskelpoinen juuri hänelle. Työntekijän tulee antaa neuvoja mieluiten vasta asiakkaan niitä pyytäessä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Motivoivan keskustelun prosessissa on havaittavissa kahdeksan taitoaluetta: neuvojen antaminen, esteiden siirtäminen/poistaminen, vaihtoehtojen tarjoaminen, toiveikuuden tunteen lisääminen, empatian osoittaminen, palautteen antaminen, tavoitteiden selkeyttäminen ja aktiivinen auttaminen. Työntekijän on hyvä asettua potilaan puolelle ja taistella yhdessä hänen kanssaan, ei häntä tai hänen ongelmiaan vastaan. (Love 2007.)

Motivoivan haastattelun vaikuttavuudesta on näyttöä mm. painon hallinnassa. Kun tapaaminen kestää tunnin ja niitä on useampia, on vaikuttavuus parhaimmillaan. Motivoivan haastattelun rinnalla voidaan käyttää muutosjanaa tai muutosvaihetta arviointivälineenä keskustelukumppanin muutoshalukkuudelle. Motivoiva keskustelu on tärkeää sellaisten asiakkaiden kanssa, jotka eivät ole lainkaan vielä halukkaita muutoksiin. Muutostutkijoiden mukaan yleensä ei ole mahdollista siirtyä suoraan muutosvaiheeseen (tai muutosportaiden, kirj. huom.) vasemmasta reunasta oikeaan, vaan välillä tapahtuu edistymistä ja repsahduksia. Aikaa kuluu kuukausista joskus jopa vuosiin. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Motivoitumiseen tähdätään mahdollisuuden, ei pakon kautta. Voimaantumisen tunteen näkökulmasta ohjattava kokee parhaassa tapauksessa elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveydentilaansa. (Turku 2007, 21.)

Lasten vanhempien elämäntilanne ja ratkaisut eivät aina ole parhaita mahdollisia terveyden edistämisen näkökulmasta. Työntekijän ammattitaidon varassa on etsiä suhtautumis- ja toimintatapoja, jotka eivät syyllistä, moiti tai hylkää tunnetasolla. On tärkeää kuunnella, olla hienotunteinen ja hyväksyä asiakas ihmisenä. Koska lapsen etu on tärkein toimintaa ohjaava tekijä, joudutaan ottamaan esille myös vaikeita tai epämiellyttävältä tuntuvia asioita. Parhaan toimintatavan – suoran ja avoimen lähestymisen ja keskustelun – edellytys on luottamuksen rakentuminen. Lasten ja vanhempien voimavarat ovat neuvonnan periaatteellinen lähtökohta. Voimavarojen vahvistaminen on eräs keino toteuttaa terveyttä edistävää toimintaa. Lapsen kannalta voimavarat tekijöitä ovat mm. lapsilähtöinen kasvatus ja hyvä itsetunto. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Itsereflektointia sekä käytännön ja elämän kokemusta tarvitaan, jotta kehittyy oivallus ja taito motivoivan haastattelun käyttämiseen. Motivaation selvittelyn apuvälineenä käytetään tässä kehittämistyössä liikuntaohjaustilanteessa Motivaatioportaita (liite 10).

7.5 Yksilöllinen liikuntaohjaus

Yksilöllisimmillään terveystiikunnan edistäminen on henkilökohtaista liikuntaohjausta. Siinä hyödynnetään kasvatuksellisia ja viestinnällisiä keinoja sekä ammatillisen osapuolen ja asiakkaan vuorovaikutusta. (Nupponen & Suni 2005, 216.) Ohjaustilanteen suunnittelu alkaa potilaan tarpeista ja tavoitteiden asettelusta. On selvitettävä, mitä asiakkaan pitäisi tietää tai oppia. (Torkkola ym. 2002.)

Tietoa fyysisen aktiivisuuden merkityksestä tarjotaan asiakkaan tarpeiden ja edellytysten mukaan. Potilaan tarvetta saattaa palvella lyhyt arvioiva ja opastava keskustelu. Joskus tarvitaan askel askeleelta etenevää neuvontaprosessia. Liikkumisajatusta vasta tunnusteleva asiakas saattaa hyötyä lyhyestä, omakohtaisiin tarpeisiin keskittyvästä keskustelusta, vaikka neuvontaprosessi ei pidemmälle sillä kertaa jatkuisikaan. Jos asiakas (tai lapsen vanhemmat, kirj. huom.) on valmis keskustelemaan liikunnan mahdollisuuksista hyvinvointinsa edistäjänä, hänen tulisi saman tien saada aika neuvontaan fysioterapeutille. Työntekijän puutteellinen tieto, liiallinen kaa- vamaisuus, piittaamattomuus siitä, ymmärtääkö asiakas, kiirehtiminen tai pintapuolinen, valmiita ohjeita painottava työtapo heikentävät asiakkaan sitoutumista neuvontaan ja omatoimiseen harjoitteluun. Siten myös vähenee liikuntaneuvonnan vaikuttavuus. (Nupponen & Suni 2005, 216, 226; Torkkola ym. 2002, 26 - 28.)

Neutraalin informaation antaminen on paikallaan, kun keskustellaan henkilön kanssa, joka ei vielä ole lainkaan kiinnostunut muuttamaan tottumuksiaan (Mustajoki & Kunnamo 2009).

Luenointi, kehottelu ja neuvojen ja ohjeiden jakaminen tai pelkkä tiedon tarjoaminen ei ole varsinaisesti neuvontaa. Niitäkin toki tarvitaan ihmisten liikkumistottumusten kehittämisessä. Taitava terveystiikuntaneuvonta on osallistuvien osapuolten, ammattihenkilön ja asiakkaan, keskinäistä vuoropuhelua. Se on tasapuolista vuorovaikutusta, asiakkaan kuuntelemista, vähittäistä etenemistä, asiakkaan aktiivista osallistumista sekä keskittymistä ongelmanratkaisuun. (Fogelholm & Vuori 2005, 216 - 217.) Kysyminen, tiedon tarjoaminen, sanaton viestintä ja ohjauksen havainnollistaminen ovat yleisiä ohjaustapoja (Koskenkorva ym. 2008, 30). Ohjaajan

tärkeä rooli on olla oppimisen mahdollistaja, ei pelkkä tiedon jakaja. Aloitteleva ohjaaja keskittyy ohjauksessa yleensä enemmän informaation antamiseen. Kokeneempi ohjaaja osaa huomioida ohjattavien yksilöllisiä tarpeita suhteessa käsiteltävään aihepiiriin. (Turku 2007, 17.)

Nupposen ja Sunin (2005) mukaan ohjattavan nykyisen liikuntakäyttäytymisen kartoituksella voidaan auttaa arvioimaan liikunnan lisäämisen tarpeita. Haastatteluun ja muistikuviiin perustuva tarkastelu on epätarkkaa. Usein on tarpeen opastaa asiakas keräämään yksinkertaisella päiväkirjalomakkeella viikon ajan päivä päivältä tietoa siitä, millaisiin toimintoihin fyysistä aktiivisuutta sisältyy, mihin aikaan päivästä kukin toiminto tapahtuu ja miten kauan se kestää. Näin voidaan usein havaita, ettei vähänkään liikkuva ole täysin liikkumaton, mikä voi olla motivoiva keino lisäämään tuttua liikuntaa. (Nupponen & Suni 2005, 220.)

Liikuntaintervention tulisi suuntautua sellaisten liikuntataitojen opettamiseen, jotka mahdollistavat elinikäisen liikunnan harrastamisen (Sääkslahti 2005, 39). Liikunnan annostelun lisäksi tulee pohtia myös, millaisia liikuntamuotoja ja millaisia lähitavoitteita asiakkaan nykyisessä elämäntilanteessa on mahdollista asettaa. (Nupponen & Suni 2005, 224.) Keskusteltaessa nykyisistä ja aiemmista liikuntatottumuksista voidaan saada viitteitä asiakkaalle tutuista liikuntamuodoista. Oheis- ja hyötyliikunnan tottumukset säilyvät sitkeämmin kuin harrastusliikunta ja kuntoilu. (Nupponen & Suni 2005, 220, 219.)

Lasten lihavuuden hoito on tavoitteellista (Duodecim 2005). Jos liikunta on ollut vähäistä, on usein vaikeaa ennakoida realistisesti liikunnan vaikutuksia itseensä. Ellei tarpeeksi helppoja lähitavoitteita löydy, ei välttämättä päästä edes liikunnan kokeiluun. Huomattavat elämäntapamuutokset on viisasta lykätä rasittavissa elämäntilanteissa tuonnemmaksi. Joskus osa asiakkaan haluamista tavoitteista joudutaan panemaan odotuslistalle. Esimerkiksi huomattavaa lihavuutta ei ole mahdollista poistaa pelkällä liikunnalla. Helpompi ja tehokkaampi yhdistelmä voi olla liikunnan lisääminen ja pienet ruokailun muutokset kuin huomattavat muutokset ruokailutottumuksissa. Hyvä liikuntasuunnitelma on yksinkertainen ja realistinen, että asiakas suoriutuu siitä ainakin suurimmaksi osaksi. Näitä asioita pohdittaessa ovat asiakkaan ehdotukset ensisijaisia. Työntekijä esittää vaihtoehtoja, auttaa pohtimaan, mitä kukin ehdotus merkitsisi arkielämässä, sekä ohjailee pohtimaan liikuntakäyttäytymismuutokselle altistavia, mahdollistavia ja tukevia tekijöitä. (Nupponen & Suni 2005, 219, 224 - 225.)

Kun ohjauksen tavoitteena ovat pienet muutokset arjen teoissa, on hyvä siirtää painopistettä puheesta tekoihin. Valmentavan muutosohjauksen tukena käytettävät toiminnalliset menetelmät ovat parhaimmillaan hyvinkin yksinkertaisia, esimerkiksi ”vaikeiden kysymysten” kirjaaminen, (Turku 2007, 94).

Mitä epävarmempi ja liikuntaan tottumattomampi henkilö on kyseessä, sitä tiheämmin on seurattava asiakkaan kokemuksia viikko-ohjelmansa toteuttamisesta. Kokeiluvaiheen lyhyissä seurantakeskusteluissa kiinnitetään huomio niihin seikkoihin, jotka ovat helpottaneet tai estäneet suunnitellun viikko-ohjelman eri kohtien toteutumista. Onnistumisten ja epäonnistumisten arvio voidaan jättää toiselle sijalle. (Nupponen & Suni 2005, 225.)

Nupposen ja Sunin (2005) mukaan fyysistä suorituskkyä ei rutiininomaisesti kannata liikunta-neuvonnan yhteydessä toteuttaa. Tutkimusnäyttö ei tue oletusta, että testaaminen saisi asiakkaan liikkumaan edes puoleksi vuodeksi. Kuntonsa huonoksi tunteva asiakas masentuu testaa-misesta tai hän ei siihen suostu. Mikäli testaamiseen päädytään, on hyvä, että sen suorittaa sama neuvontaa antava henkilö. (Nupponen & Suni 2005, 220, 222.) Terveysmittaukset ja henkilö-kohtainen neuvonta tukivat paljon tai erittäin paljon aikuisia tutkittavia liikuntatottumusmuu-toksissa TELIRANE-hankkeessa (Pasanen 2009, 29).

Asiakas tuo koko ajan oman osuutensa neuvontaan. Hän oppii kokemuksistaan, kokeiluistaan, yhteisistä arvioinneista ja suunnitelmien muutoksista. Pääasioita ovat asiakkaan edistytminen omien tavoitteidensa suuntaan. Neuvovan työntekijän arvio tai hänen tyytyväisyytensä ovat toissijaisia. Kun asiakas toteuttaa suunnitelmaansa, voidaan seurantatapaamisten väliä pidentää. Asiakas alkaa vakiinnuttaa omia liikkumistottumuksiaan. Neuvontatapaamiset ovat silti edel-leen tarpeen, jotta liikkumistottumukset vakiintuvat, vaikka tapahtuisi hetkellisiä keskeytymisiä lomien, matkojen, vuodenajan vaihtumisen, perhemuutoksien ym. takia. (Nupponen & Suni 2005, 226.)

Kunto- ja terveystavoitteiden saavuttamista arvioidaan huomattavasti pidemmin väliajoin kuin asiakkaan hyvinvointikokemuksia ja niiden vertaamista hänen asettamiinsa jaksamis- tms. ta-voitteisiin. Testit ovat turhia, ennen kuin riittävät muutokset liikuntakäyttäytymisessä ovat jon-kin verran vakiintuneet. (Nupponen ja Suni 2005, 226.)

Tässä kehittämistehtävässä toteutetaan yksilöllistä liikuntaohjausta yllä kuvatuin periaatein. Liikuntaohjauksessa on sitouduttu tarvittaessa pitkäkestoiseen, useiden kuukausien mittaiseen ohjaukseen. Konkreettisiksi apuvälineiksi ohjaukseen suunniteltiin Lapsen fyysisen aktiivisuuden viikkoseuranta (liite 12) ja Liikkumissuunnitelma (liite 16). Kunnan testaamiseen suhtaudutaan kriittisesti. Testaamisen tarve voi olla pienen lapsen kohdalla ikätasoisten motoristen taitojen selvittely. Nuorella voi syntyä halu tietää kunnostaan enemmän, kun liikkumiseen motivoitumista on tapahtunut ja liikuntamäärä on jo lisääntynyt. Ohjattavan muutosvaiheen löytämisen avuksi suunniteltiin Motivaatioportaat (liite 10), josta ohjaaja voi pyytää ohjattavaa etsimään omasta mielestään parhaiten omaa tilannettaan kuvaavan askelman. Tilanteeseen, kun ohjattavalla ei vielä ole itse koettua tarvetta muutokseen tai muusta syystä halutaan tarjota liikunnan merkityksestä tietoa, suunniteltiin Liikuntaohje (liite 11).

8 LAPSEN AJANKÄYTTÖÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Tutkimustiedon valossa on havaittu, että lihominen näyttää tapahtuvan aktiivisuuden vähentyessä. Lihavuuden ehkäisyä ajatellen tärkeää fyysistä aktiivisuutta on kaikki suurten lihasryhmien avulla tehty liikunta. Tällainen liikunta kuluttaa enemmän energiaa kuin paikallaan seisominen, istuminen tai makaaminen. Tämän vuoksi päivittäisen energiankulutuksen kannalta kaikkien aktiivisuuden muotojen kuluttama energia on tärkeää – päivähoidossa, koulussa, liikunta-harrastuksissa ja muuna vapaa-aikana. (Fogelholm & Hakala 2006, 144.)

Lääkäri-valmentaja ja urheiluvaikuttaja Harri Hakkarainen näkee kouluterveydenhoidolla olevan mahdollisuuksia vaikuttaa myös vanhempiin. Vanhemmille kannattaa perustella päivittäisen liikkumisen välttämättömyyttä. Lapsi tai nuori voi liikkua miten tahansa – koulussa, harrastuksissa tai vapaa-ajalla. Liikkumistavalla ei loppujen lopuksi ole niin paljon merkitystä, sillä liike on pääasia. (Salmela 2008.)

Lapsille itselleen tulee myös antaa tietoa liikkumisen merkityksestä. Nuoret voivat tuntea itsensä holhotuiksi, mikäli ohjausta ja tietoa annetaan vain heidän vanhemmilleen. Nuoren kohdalla selvitetään, haluaako hän vanhempiaan mukaan esim. liikuntaohjaustilanteeseen. Lapsiasiakkaan ohjauksessa on kuitenkin välttämätöntä huoltajan läsnäolo. Tarvittaessa työntekijä keskustelelee jälkeenpäin asioista vielä vanhempien kanssa. (Torkkola ym 2002, 32 - 33.)

8.1 Lapsen oma liikkumismotivaatio

Lapsen liikkumismotivaatioon vaikuttavat sisäiset kokemukset omasta fyysisestä kyvykkyydestä ja itsearvostuksesta, kognitiiviset tekijät, kuten asenne, ja liikunnasta saatavat mahdolliset edut. Liikkumismotivaatioon vaikuttavat myös tunnetason (affektiiviset) tekijät. Sellaisia ovat mm. liikuntakasvatuksesta ja fyysisestä aktiivisuudesta nauttiminen ja kiinnostus fyysiseen aktiivisuuteen. Yleensä lapset arvostavat sitä, missä ovat hyviä, ja pyrkivät siihen, mitä arvostavat. (Takalo 2005, 117.) Liikuntaa järjestävät aikuiset saattavat helposti tähdätä taitojen ja fyysisen kunnon kehittämiseen unohtaen hauskuuden ja viihtymisen. Tämän vuoksi lapsi saattaa lopettaa jo aloittamansa harrastuksen. Lapsen kokemus on, ettei hän ole riittävän taitava kyseiseen harrastukseen. (Takalo 2004, 110.)

Ylipainoisen lapsen ja nuoren olemassa olevia taitoja ja mahdollisia aikaisempia hyviä liikuntakokemuksia kannattaa kysellä. Usein ylipainoisen vahvuuksia ovat usein absoluuttinen voima ja notkeus. Fogelholm (2006) korostaa, että kilpailua ja mittauksia ei kannata korostaa. Itse tekeminen ja yhdessäolo ovat tärkeintä. Perinteisen urheilun rinnalla on hyvä muistaa taideliikunta ja erityisesti arkiliikunta. Vanhempien ja opettajan kanssa on hyvä keskustella liikunta-etuokien pukeutumisesta, onko välttämätöntä vaatia lasta tai nuorta pukeutumaan esim. sortseihin. Valinnainen liikunnan mahdollistava pukeutuminen voi osaltaan vähentää negatiivisia tunteita liikuntaa kohtaan. Perusajatus on, että lähdetään liikkeelle siitä, mikä on kivaa ja mitä jo osataan. Lopullisena tavoitteena pidetään mielessä kuitenkin monipuolisuus, jolloin ”heikkoja” kohtia eli kestävyyttä ja lihaskestävyyttä pitää kehittää. (Fogelholm 2006.)

Sukupuolien välisiä eroja liikunta-aktiivisuudessa löytyy. Takalon (2004, 114) tutkimuksessa koululaisten välituntiliikkuminen on pojilla runsaampaa kuin tytöillä, mutta fyysistä aktiivisuutta vaativia kotitöitä tekevät tytöt enemmän. Takalon tutkimuksessa kaikista viidesluokkalaisista noin puolet ei osallistunut välituntileikkeihin, kolmasosa pelasi välituntisin pallopelejä, erityisesti jalkapalloa. (Takalo 2004, 117.)

Tehokkaaksi ylipainon hoidon tueksi ovat Janson ja Danielsson (2005, 180 - 181) havainneet lapsen ja vanhemman yhteiset kävelylenkit. Heidän ohjeenaan on vähintään puoli tuntia ylimääräistä liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Vauhtia pitää olla sen verran, että hieman hengästyy ja hikoaa, mutta kuitenkin pystyy puhumaan. He ovat havainneet, että säännöllisestä iltakävelystä voi tulla arvokas hetki sekä vanhemmalle että lapselle – kaikista alun vastalauseis-

ta huolimatta. Aikuinen ja lapsi saavat hetken yhteistä aikaa, jolloin voi keskustella toisen kanssa ilman häirintää. Tässä asiassa, samoin kuin lasten kannustamisessa pihaleikkeihin, on aikuisen oltava sitkeä ja uskottava asiansa oikeellisuuteen. (Janson ja Danielsson 2005, 180 - 181)

Okkosen (2004) tutkimuksessa lapsen omasta terveystietoisuudesta tuli esille useita perusteita, miksi 5–6-vuotiaiden lasten mielipide kannattaa kysyä ja ottaa lapsi terveystottumuskeskusteluun mukaan. Lapset kertovat ajatuksensa suoraan ja avoimesti. Haastatellut äidit kokivat, että lapset esittivät omista haastatteluistaan tärkeitä, hyviä ja viisaita ja oleellisesti terveyteen kuuluvia asioita. Äitien mielestä tämän ikäisten lasten kanssa voi keskustella kaikesta. Lasten kysymyksiin kannattaa vastata tarkasti, ja heille kannattaa selittää asioita arkisten askareiden yhteydessä. Mikäli aikuinen kokee, ettei lapsi ymmärrä, voi syynä olla lapsen sanavarasto, joka on rajallisempi kuin aikuisen sanavarasto. Aikuiset olettavat lapsen saavan yhdenvertaisuuskokemuksen, kun hänen kanssaan keskustellaan. (Okkonen 2004, 75.)

8.2 Vanhempien antama ohjaus ja tuki

Kasvatuskumppanuudella tarkoitetaan vanhempien ja henkilöstön tietoista sitoutumista toimimaan yhdessä lapsen kasvun, kehityksen ja oppimisen prosessien tukemisessa. Ensisijainen kasvatusoikeus ja -vastuu ja oman lapsensa tuntemus on vanhemmilla. Henkilöstöllä on koulutuksensa antama ammatillinen tieto ja osaaminen. Henkilöstöllä on myös vastuu kasvatuskumppanuuden ja tasavertaisen yhteistyön edellytysten luomisessa. Varhaiskasvattajien tehtävänä on antaa tietoa liikunnan merkityksestä lapsen kokonaisvaltaiselle kehitykselle sekä kannustaa lapsen omia vanhempia liikkumaan ja leikkimään yhdessä lapsensa kanssa. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 31.) Halmeen (2008) mukaan aikuisten ohjaama ja kannustama liikunta kehittää lasten kunto-ominaisuuksia paremmin kuin lasten keskenään liikkuminen. On siis tärkeää, että lapsi saa säännöllisesti joltain aikuiselta ohjausta liikuntaan (Halme 2008, 111).

Koululaisen hyvinvoinnin seurannassa oleellista on kuulla koululaisen oma ja hänen lähiaikuisensa (huoltajat, opettaja) arvio tilanteesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27). Koululaisilla ja heidän huoltajillaan tulisi olla ajantasainen tieto kouluterveydenhuollon palveluista. Huoltajien tulisi olla tietoisia oman lapsensa asioiden käsittelemisestä oppilashuollon toimijoiden kesken. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 14, 16.) Lihavien 6–11-vuotiaiden lasten vanhem-

piin kohdistetut interventiot näyttävät olevan sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä tehokkaampia kuin yksinomaan lapsiin kohdennettu hoito (Duodecim 2005.)

Yhteiskunnalla, lapsen opettajilla päiväkodissa ja koulussa sekä erityisesti vanhemmilla on merkittävä rooli lasten liikunta-aktiivisuuden kehittämisprosessissa (Stigman 2008, 4). Takalon (2004) tutkimuksessa vähän liikkuvien lasten liikunnalliseen passiivisuuteen vaikutti ylivoimaisesti eniten vanhempien toiminta tai toimimatta jättäminen. Liikunta-aktiivisuudeltaan passiivisilla lapsilla oli aktiivisia ikätovereitaan vähemmän kokemuksia liikunnasta, jossa vanhemmat myös ovat osallistujina. Passiiviset lapset saivat vähemmän sosiaalista ja toiminnallista tukea omilta vanhemmiltaan liikuntaharrastuksiinsa. Lasten liikunta-aktiivisuuden kannalta näyttää olevan olennaista se, että vanhemmat konkreettisilla teoilla osoittavat myönteisyyttä lasten liikuntaan. (Takalo 2004, 110 - 111.)

Aikuisen tulee ohjata toimintaa siten, että lapsi voi toimia omalla taitotasollaan. Tällöin lapselle jää tilaa tehdä omia havaintoja ja saada siten varmemmin onnistumisen kokemuksia. Arkisissa valinnoissa on tärkeää, että lapsille annetaan mahdollisuus päivittäiseen liikkumiseen. Hyvin usein lapsen puutteelliset motoriset taidot johtuvat vain vähäisistä liikunnan kokemuksista. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 24 - 26.)

Lasten fyysistä liikunta-aktiivisuutta näyttää alentavan se, jos vanhemmat eivät rohkaise lasta esim. lähtemällä mukaan ensimmäisille harrastuskerroille. Lasten liikuntainnostusta laskee myös se, jos vanhemmat eivät itse harrasta liikuntaa tai antavat lastensa olettaa, ettei liikunta ole lapselle hyödyllistä. Varsinkin organisoituun liikuntaan osallistuminen vaatii vanhempien toiminnallista tukea, mm. kuljettamista ja välinehankintoja. Omaehtoiseen liikuntaan osallistumisessa ovat roolimallit ja yhteinen osallistuminen tärkeitä. Erityisesti tytöt tarvitsevat poikia enemmän ja monipuolisempaa tukea liikuntaharrastuksiinsa. Tytöille fyysisestä suorituksesta saadut palkinnot eivät takaa harrastuksen jatkumista. Jo aloitetun liikuntaharrastuksen lopettamisen syynä voivat olla vanhempien antaman sosiaalisen tai toiminnallisen tuen puute. Lapselle ei esim. hankita liikuntavälineitä harrastamista varten, tai häntä ei kuljeteta ohjattuun tai omaehtoiseen liikunnan harrastuksiin. Nämä ilmiöt toteutuvat erityisesti liikunnallisesti passiivisilla lapsilla. (Takalo 2004, 111 - 113.)

Pasi Rautavan (2003, 19) tutkimuksessa Woolgerin ja Powerin mukaan (1993) lasten liikuntaan aktivoitumisen tekijöitä perheessä ovat sosiaalinen tuki ja hyväksyntä, mallien tarjoaminen,

odotusten ilmaiseminen, käyttäytymisen vahvistaminen palkkioin ja rangaistuksin, käyttäytymisen kontrollointi ja yksityiskohtaisten ohjeiden antaminen. Perheen tuki, hyväksyntä ja roolimallit ovat näiden tutkijoiden mukaan positiivisessa yhteydessä lasten innostukseen liikunnassa. Ne auttavat lasta omaksumaan liikunnallisia asenteita, arvoja ja käytöstapoja. Odotusten on hyvä olla kohtalaisia ja palkkioiden tulisi olla sosiaalisia, kuten hymy ja halaus. Sosiaaliset palkkiot kasvattavat lapsen sisäistä motivoitumista liikuntaan. Liiallinen käyttäytymisen kontrollointi voi laskea lapsen nautintoa ja osallistumista. Vaikka sisarukset voivat myötävaikuttaa tai heikentää lapsen liikuntaan osallistumista, on vanhemmilla perheessä keskeisin merkitys. Lapsi osallistuu liikuntaan todennäköisemmin, jos vanhemmat harrastavat tai ovat harrastaneet liikuntaa. (Rautava 2003, 19.)

Takalo (2004, 47 - 60) jakaa vanhempien antaman tuen aineelliseen (välineet, osallistumismaksut), toiminnalliseen (kuljettaminen, välineiden huoltaminen), tiedolliseen (informointi liikuntatarjonnasta ja osallistumaan kannustaminen) sekä emotionaaliseen (myönteisen ja kannustavan ilmapiirin luominen). Siparin (2008) mukaan lapsen toimintakyvyn ja kehityksen tukemiseksi on tunnettava lapsen perhekulttuuri ja arki. Onnistunut kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistyö edellyttää yhteistä keskustelua, arvojen ja asenteiden määrittelyä. (Sipari 2008, 43.)

Lasten urheilun harrastamista tukee se, että perheessä arvostetaan liikuntaa ja ollaan siitä kiinnostuneita. Jos perheessä ei arvosteta liikuntaa eikä tarjota mahdollisuuksia ja rohkaisua, ei lapsi todennäköisesti ala harrastaa liikuntaa. Tilanne on ongelmallinen, jos lapsella itsellään herää kiinnostus liikuntaa kohtaan, mutta vanhemmat eivät luo mahdollisuuksia lapsen liikkumiseen. (Rautava 2003.) Liikunnallisuutta vahvistavaksi emotionaaliseksi tueksi lapset itse nimesivät vanhempien kiinnostuksen lasten harrastamaan lajiin sekä pelien ja harjoitusten seuraamisen (Takalo 2004, 115).

Tutkimusprofessori Matti Rimpelä (2008) pitää ydinasiana varhaislapsuudessa tapahtuvaa hyvinvointioppimista. Termi tarkoittaa, että hyvinvointia, kuten myös pahoinvointia, opitaan. Rimpelän mukaan kyse on samanlaisesta oppimisesta kuin kielten tai vaikka matematiikan oppiminen ovat. Lasten hyvinvoinnin varmistaminen on yhteisvastuuta mitä suurimmassa määrin. Se on todellista kasvatuskumppanuutta. Aikuisilla on avain lasten hyvinvointiin. Liikunta on yksi keskeisimmistä hyvinvointioppimisen sisällöistä. Aikuisten tehtävänä on kannustaa lapsia liikkumaan ja opettaa heille liikunnallinen elämäntapa. Liikunnan oppimisen kannalta tärkein ajankohta on noin 2 - 4-vuotiaana, jolloin lapsen luontainen liikkuminen tulee sallia. Päivähoi-

toikäisten lasten pitää saada telmiä, pomppia ja peuhata. Rimpelän mukaan tärkeintä on, että vanhemmat peuhaavat lastensa kanssa. (Rimpelä 2008.)

Vanhemmat pitävät yleisesti lapsen liikuntaharrastusta tärkeänä, koska se vaikuttaa lapsen suorituskyykyyn ja jaksamiseen sekä kehittää sosiaalisia suhteita ja taitoja. Kurrin ja Tolvasen (2007, 14) tutkimuksessa 58 vastaajan joukosta 71 % oli sitä mieltä, että heidän lapsensa liikkuu riittävästi. Ne vanhemmat, joiden mielestä lapsi liikkui liian vähän, olivat sitä mieltä, että lapsi ei pidä liikunnasta tai ei osaa liikkua ilman vanhempia. Työstä aiheutuva väsymys ja taloustyöt sekä oma laiskuus olivat vanhempien mielestä suurimmat syyt liikkumattomuudelle. Parhaimmat keinot edistää lapsen liikuntaharrastusta olivat vanhempien mielestä liikkua itse lapsen kanssa, kannustaa ja tukea sekä ohjata eri lajien pariin. Tutkijoiden jatkotutkimus- ja kehittämishdotuksina ovat henkilökunnan (varhaiskasvatus ja terveydenhuolto) tietouden lisääminen vanhempien merkityksestä lasten liikuntakäyttäytymiseen. Vanhempien ohjauksessa tulisi korostaa lähiympäristöä alle kouluikäisten lasten fyysisen kunnon ja motoriikan kehittämispaikkoina. (Kurri & Tolvanen 2007, 20; Takalo 2004, 115.)

8.3 Viihdemedian käyttö ja rajat

Erittäin vahvaa korrelaatiota television katselulla tai tietokonepelien pelaamisella ja lihavuudella ei ole tutkimuksissa todettu olevan. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa todetaan kuitenkin, että televisionkatseluajan rajoittaminen saattaa ehkäistä lihomista (Duodecim 2005).

Vanhempien mielestä liian vähän liikkuvat lapset ovat kiinnostuneita televisiosta ja tietokoneista (Kurri & Tolvanen 2007, 15). Usein tavallisten lasten paino nousee ala-asteen viimeisillä luokilla, koska tietokoneet ja elokuvat vievät lapsilta ulkoilu-aikaa. Kouluikäisten fyysisen aktiivisuuden perussuosituksen mukaan yli kahden tunnin pituisia istumisjaksoja tulee välttää. Ruutuaikaa viihdemedian ääressä saisi olla korkeintaan kaksi tuntia päivässä. (Tammelin ja Karvinen 2008, 6.) Netti- ja peliriippuvuus on yksi Suomen varusmiesalokkaiden armeijankeskeytyksen syistä. Tietokoneen suurkäyttäjiä on 13–15-vuotiaista pojista viidennes. He ovat koneen ääressä vähintään kolme tuntia päivässä. (Luoma 2005, 4.)

Tietokonepelit ovat erityisen stressaavia sen takia, että ne saavat lapset kokonaan valtaansa (Janson & Danielsson 2005, 142, 189). Ruutuajan rajoittamisen suhteen vanhemmalta tarvitaan aluksi asian tärkeyden ymmärrystä ja sitten määrätietoista otetta rajojen ylläpidossa lasten vas-

tustuksesta huolimatta. Lasten vastarintaa täytyy vain sietää. Palkkio päättäväisyydestä tulee kyllä aikanaan lasten levollisempana käytöksenä ja itseohjautuvuutena luovempiin ajankäyttötapoihin. Hyvä keino on tehdä lapsen kanssa sopimus, esim. jokainen ruudun ääressä vietetty tunti tulee katkaista tunnin ulkoilulla tai muulla leikillä. Jopa legoilla rakentaminen ja barbeilla leikkiminen kuluttaa enemmän energiaa kuin tv:n tai videon katselu (Janson & Danielsson 2005, 189). Vanhempien on myös syytä tiedostaa tilanteet, jolloin herkästi ehkä itse kannustaa lasta laitteiden äärelle, esim. silloin, kun itse haluaa olla rauhassa. Pelkkä ruutuaikasuositus ilman valvontaa sen toteutumisesta ei tietenkään auta ketään. Kotona vanhemmat ovat avaintekijöitä tässäkin asiassa rajojen asettamisessa. On hyvä, jos televisio, tietokoneet tai tv-pelit eivät pidä lasta kaiken aikaa otteessaan. Lasten on oltava aktiivisia, mutta saatava myös rauhoitua ja pitkästyä. Silloin lasten luovuus ja kekseliäisyys heräävät.

Lasten ylipainon hoidon asiantuntijat Janson ja Danielson painottavat, että on tärkeää, että aikuisella on aikaa ja voimia ottaa yhteen lapsen kanssa. Janson ja Danielson kannustavat vanhempia seuraavasti: ”Lapset kokevat usein turvattomuutta, kun elämä on epämääräistä ja kun heillä ei ole selkeitä sääntöjä. Lapsilla saa olla oma näkemys ja on hyvä että he pystyvät puhumaan aikuiselle suoraan. Kuitenkin joskus vain on niin, että äiti ja isä tietävät tai muistavat parhaiten, mitä oli sovittu. Lapsensa kanssa riitelemine ei ole vaarallista. Vanhempi voi lohduttaa ajatuksella: me emme tappele, minä vain asetan rajoja. Pahimman riidan lauhduttua kannattaa lapsen kanssa tehdä jotain hauskaa ja siten osoittaa hänelle, että aikuinen ei pelästynyt konfliktista ja että turvallisuus ja rakkaus ovat kuitenkin tallella.” (Janson & Danielsson 2005, 137.)

9 KEHITETTY LIIKUNTAOHJAUSMALLI

Tässä opinnäytetyössä on raportoitu Sosterin Lasten lihavuuden hoitomalliin liittyvän liikuntaohjausmallin kehittäminen. Liikuntaohjausmallin perustana oli pääosin asiantuntijakirjallisuus ja käytännön kokemuksen antama tieto hyvästä toimintatavasta. Kirjallisuuden ja aiempien ohjausmateriaalien avulla luotiin liikuntaneuvontaa varten ohjausvälineistöä.

9.1 Tarve liikuntaohjaukselle

Liikuntaohjaus voi olla tarpeen lapselle, joka on ylipainoinen ja liikkuu alle iän mukaisten terveysliikuntasuosituksen. Alle kouluikäisellä yli 10 % ja kouluikäisellä yli 20 % pituuspaino (lapsiväestön iän mukaiseen keskipituuteen suhteutettu paino) merkitsee ylipainoa. (Stigman 2008, 4.) Kouluikäisen tulee liikkua vähintään tunti päivässä ja alle kouluikäisen vähintään kaksi tuntia päivässä. Liikuntaan tulee sisältyä hengästymistä, poskien punotusta ja hikoilua. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 3; Tammelin & Karvinen 2008, 6). Lihavuus on yleensä sekä liikkumattomuuden syy että seuraus (Stigman 2008, 4; Fogelholm 2006; Janson & Danielsson 2005, 28, 42 - 43, 54). Sen vuoksi liikuntaohjaus on todennäköisesti tarpeellista, jos lapsi tai nuori on lihava. Alle 7-vuotias on lihava, kun pituuspaino on yli 20 %. 7-vuotiaasta pituuskasvun päättymiseen lihavuus määritellään yli 40 % pituuspainosuhteella. (Stigman 2008, 4.)

Liikuntaohjaus voi olla hyödyllistä myös, jos lapsella on pulmaa iän mukaisissa perusmotorisissa taidoissa. Heikot motoriset taidot ja kömpelyys altistavat vähäiselle liikkumiselle ja myöhemmässä iässä ylipainon kehittymiselle (Karvonen ym. 2003, 48; Sääkslahti 2005, 96; Halme 2008, 109, 111; Toivanen-Visti 2008; Zimmer 2002, 47; Stigman 2008, 4 - 5; Talvitie ym. 1998; Virsu 1991, 147 - 168.)

9.2 Lähetekäytäntö

Olennaista on, että saman asiakkaan tai potilaan kanssa työskentelevät toimivat yhteisen kartan mukaisesti. Omasta työtehtävästä riippumatta asiakas on ohjattava neuvontaan valmentaan ja rohkaisten. (Nupponen & Suni 2005, 227.) Sosterin mallissa on sovittu, että terveydenhoitaja tai lääkäri tekee fysioterapiaan ensikäynnille sähköisen pyynnön, jos liikuntaohjauksen tarve todetaan. Pyyntö tehdään perusterveydenhuollon fysioterapialehdelle potilastietojärjestelmä

Efficaan. Ohjauskäynti kirjataan pth:n järjestelmään samalle lehdelle. Käynnin tilastointi tehdään työntekijän oman työyksikön mukaisesti. Mikäli tarvitaan lisätutkimuksia tai muun syyn vuoksi erikoislääkärin arviota, tekee neuvolalääkäri lähetteen lastenpoliklinikalle.

Ohjauskäynnille pyydetään alle kouluikäisen ja alakouluikäisen lisäksi ainakin toinen vanhemmista. Lapsiperheiden tuloksellisessa terveyden edistämisessä on keskeistä vuorovaikutus yhdessä lapsen ja vanhempien kanssa (Haaranen 2003, 47 - 45; Sydänliitto 2006; Jungman 2006; Koskenkorva ym. 2008, 15 - 16; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27; Duodecim 2005; Rimpelä 2008; Takalo 2004, 115; Stigman 2008, 4 - 5; Torkkola ym. 2002, 32 – 33; liite 3). Yläkouluikäisen kohdalla on perheen päätettävissä tuleeko lapsi yksin vai vanhemman kanssa. Nuorten asenteisiin muutoksia toivovan henkilön on pohdittava omia asenteitaan ja pyrittävä tukemaan ja arvostamaan nuoren hyviä itsenäisiä päätöksiä (Fogelholm 2006; Lahtinen ym. 2003, 29; Koskinen-Ollonqvist 2005, 22 – 23; Nupponen & Suni 2005, 218; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 14, 16; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2. luku 7 §. Torkkola ym. 2002, 32 - 33).

9.3 Liikuntaohjauksen sisältö ja välineet

Tässä raportissa aiemmin kuvatun kirjallisuuden perusteella nousi liikuntaohjauksen sisällöksi kuusi keskeistä teemaa (liite 5b). Näiden teemojen käsittelyyn etsittiin joitakin jo olemassa olevia välineitä ja kehitettiin joitakin uusia välineitä. Tässä luvussa esitellään liikuntaohjauksen keskeiset teemat ja esitellään niihin liittyvät välineet, jotka valittiin ohjattavien haastattelujen avulla käytännössä testattaviksi. Liikuntaohjauksessa vaikuttavat arvot ja lähtökohdat on kuvattu tämän raportin luvussa 3.6 ja liitteessä 3.

Muistettava on, että tässä opinnäytetyössä esitellyt välineet eivät ole tarkoitettu ainoiksi välineiksi liikuntaohjauksessa. Ne on suunniteltu ”asennekeskustelun” ja asiakkaan nykytilanteen selvittelyn avuksi. Fysioterapeutin mielikuvitus on ainoa rajoite sille, mitä välineitä hän ohjauksessa hyödyntää. Erinomaisesti voidaan käyttää myös terapiamattoja, palloja, jumppakeppiä, Physiotools®-ohjelman tai muita piirrettyjä kuvia, hyppynarua, twistkuminauhaa, vastuskuminauhoja, käsipainoja, tasapainolautaa, kunnan liikuntatoimen ja muiden tahojen liikuntaesitteitä sekä luonnollisesti terapeutin omaa kehoa. Myönteinen, kuunteleva ja syyllistämätön vuorovaikutus ohjattavan kanssa on kuitenkin tärkein väline.

9.3.1 Nykytilan arviointi ja voimaantuminen

Nykytilan arvioinnin tavoitteena on, että ohjauksessa pystytään toteamaan lapsen tai nuoren nykyiset liikuntatottumukset, liikuntamäärä ja -intensiteetti. Parhaiten nykyiset liikuntatottumukset saadaan selville viikon kestäväällä päiväkirjalomakkeella (Nupponen & Suni 2005, 220). Riittävä iän mukainen terveysliikunta on eräs hyvän kasvun ja kehityksen perustekijä. Arkiaktiivisuus on keskeistä. (Fogelholm ym. 2007, 36; Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005, 10 - 11; Zimmer 2002, 44 – 45.) Ohjausvälineeksi kehitettiin **Lapsen fyysisen aktiivisuuden viikkoseuranta** (liite 9). Siihen väritetään kulunut aika lapsen aktiivisuustason mukaan. Tulkinnan pohjana käytetään terveysliikunta- ja ruutuaikasuosituksia. Pienten lasten kohdalla värittämisen tekevät vanhemmat, isommat lapset voivan vanhempien ohjauksella värittää itse ja nuoret ottaa vastuun koko seurannasta itse.

Liikuntatottumuksista keskustelun tueksi suunniteltiin myös **Alle 13-vuotiaan liikuntatottumukset** (liite 10) ja **K-13** (liite 11) -vaihtoehtolomakkeet. Niiden lähteinä käytettiin Neuvokas perhe -materiaalia (Koskenkorva ym. 2008), Nuori Suomi ry:n (2008) Varpaat vauhtiin – viestejä vanhemmille liikunnasta ja ravinnosta -esitettä sekä Maito ja Terveys ry:n (2005) Tytöt & ruoka -ja Pojat & ruoka -oppaita. Vastausvaihtoehtoja väittämiin laitettiin kolme, jotta saadaan seulottua vahvat hyvät tavat, orastavat tai satunnaiset hyvät tottumukset sekä täysin tottumusten vastaiset väittämät. *Voimaantumisen* kannalta jo olemassa olevat hyvät tavat ovat tärkeitä, ja realististen tavoitteiden asettelun kannalta on hyvä lähteä liikkeelle siitä hyvästä mistä on jo kokemusta (Duodecim 2005; Nupponen & Suni 2005, 220; Fogelholm 2006). Voimaantumisen teema on ohjauksessa keskeinen. Sen arvioimiseksi on hyvä kysyä lopuksi kysyä, millaista hyötyä ohjattava koki saaneensa ohjauksesta; ”mitä jäi käteen?”.

9.3.2 Muutosmotivaation taso

Muutosmotivaation tason selvittämisen välineelliseksi avuksi kehitettiin **Motivaatioportaat** (liite 12), josta lapsen vanhempaa tai nuorta voi itseään pyytää osoittamaan se porras, joka lähinnä vastaa hänen ajatuksiaan ja tottumuksiaan. Vaihtoehtoisesti ohjaava fysioterapeutti voi itse haastattelun perusteella päätellä, mikä muutosvaihe ohjattavalla on meneillään. Ennen kuin liikkumissuunnitelmaa kannattaa ryhtyä tekemään, on oltava selvillä miten huolissaan lapsi tai nuori ja vanhemmat nykyisestä tilanteesta ovat ja mitä he itse ajattelevat muutostarpeesta. Ohjaustilanteen suunnittelu alkaa asiakkaan oppimisen tarpeista ja tavoitteiden asettelusta. (Nupponen & Suni 2005, 216; Torkkola ym. 2002, 26.) Motivoivan haastattelun rinnalla voidaan käyttää muutosjanaa tai muutosvaihetta arviointivälineenä keskustelukumppanin muutoshalukkuudelle (Mustajoki & Kunnamo 2009). Motivaatioportaiden (liite 12) tasokuvailut perustuvat transteoreettisen muutosvaihemallin periaatteisiin (ks. tarkemmin Love 2007; Koskenkorva ym. 2008, 25; taulukko 2). Muutokseen haluttomalle asiakkaalle kannattaa antaa neutraalia tietoa sekä esitellä liikunnan hyötyjä ja jättää eteneminen toistaiseksi hänen harkittavakseen (Nupponen & Suni 2005, 219; Mustajoki & Kunnamo 2009). Tätä varten tehtiin **Liikkumisen merkitys lapselle ja nuorelle -potilasohje** (liite 13).

TAULUKKO 2. Asiakkaan ajatukset ja uskomukset eri muutosvaiheissa ja ohjaajan tehtävät (Love 2007).

	1. Esiharkintavaihe	2. Harkintavaihe	3. Valmisteluvaihe	4. Toimintavaihe	5. Ylläpitovaihe
Ajatukset ja käytäytyminen heijastavat uskomusta, että omat tai lapsen liikuntatottumukset...	... eivät ole ongelma.	... ovat ongelma, joka ehkä vaatii jotain muutosta.	...täytyy muuttua jotenkin.	...muuttuvat liikunnan lisäämisen avulla.	...eivät enää ole ongelma, koska elämäntavaksi on tullut riittävä terveysliikunta.
Uskomusten yhteenveto	"ongelmaa ei ole" tai "ei ole keinoa vaikuttaa ongelmaan"	"ongelma on olemassa"	"halu muutokseen"	"liikunnan lisääminen"	"uudet tottumukset"
Ohjaajan tehtävä	Herätä epäilyksiä ja kyseenalaista	Vahvista halua muutokseen	Luo toimintasuunnitelma	Ylläpidä tavoitteita toimintasuunnitelmassa	Ehkäise repsahduksia

9.3.3 Liikuntamahdollisuudet

Liikuntamahdollisuuksien selvittelyn avulla etsitään konkreettista keinoa lisätä liikkumisen määrää tai tehoa. Suositeltavinta on painottaa oheis- ja hyötyliikuntaa sekä elinikäiseen liikunnan harrastamiseen mahdollistavien taitojen harjoittelua (Sääkslahti 2005, 39; Nupponen & Suni 2005, 219.) Windowsin ClipArtistista kerättiin **liikuntalajikuvia** mielikuvituksen ja keskustelun avuksi tämän teeman käsittelyyn (liite 14). Suomessa vuodenajoilla on suuri vaikutus alle kahdeksanvuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen (Sääkslahti 2005, 74). Tämän seikan esille nostamiseksi kuvia ryhmiteltiin vuodenaikojen mukaan. Tätä välinettä voidaan käyttää myös toiminnallisesti pyytämällä lasta ympyröimään ne liikkumismuodot, joista hänellä on kokemusta, tai piirtämään tyhjään kohtaan hänelle mieluisin tapa liikkua tai liikkumiseen liittyvä toive. Laminoimalla tulostetut liikuntakuvat ja käyttämällä vesiliukoista kalvotussia, voidaan samaa tulostetta käyttää useita kertoja. Eri aistien välityksellä käsiteltävän materiaalin käyttöä ohjauksessa perustellaan tämän raportin luvussa 7.1. Pienten lasten kohdalla myös K-13 -lomakkeen (liite 11) avulla päästään keskustelemaan liikuntamahdollisuuksista, jotka hyvin usein ovat vanhempien valinnoista riippuvia.

9.3.4 Liikuntatavoite ja seuranta

Liikuntatavoitteen konkretisoimiseksi ja *seurannan* helpottamiseksi on hyvä tehdä kirjallinen viikkosuunnitelma. Liikkumissuunnitelma on parhaimmillaan yksinkertainen ja realistinen, ja asiakas sitoutuu siihen ainakin suurimmaksi osin. Tätä kehittämistyötä varten muokattiin **Liikkumissuunnitelma** (UKK-instituutti) -lomakkeesta A4-Word-versio (liite 15). Lapsille omaksi seurantavälineeksi valittiin Terve Etelä-Pohjanmaa -hankkeen terveysneuvontakortti **TEP-madot** (Iloa liikkeellä 2009; liite 16). Kahden tunnin liikunta-annoksen myötä saa värittää yhden osan Tane tai Liku madosta. Liikuntaohjausta tarjotaan asiakkaalle riittävän pitkään. Tämän raportin luvussa 7.1 on perusteltu tapaamiskertojen tiheyttä ja koko ohjausprosessin kesto.

9.4 Liikuntaohjausvälineiden arviointi

Liikuntaohjausta antaneiden kolmen fysioterapeutin mielestä ohjausvälineet olivat käyttökelpoisia. Palautteen sain sähköpostitse ja suullisesti. Eniten käytettiin Liikkumisen merkitys lapselle ja nuorelle -potilasohjetta (liite 13) ja Liikkumissuunnitelmaa (liite 15) (4 ohjattavaa), toiseksi eniten Lapsen fyysisen aktiivisuuden viikkoseurantaa (liite 9) (3 ohjattavaa). Alle 13-vuotiaan liikkumistottumuslomaketta (liite 10), Motivaatioportaita (liite 12) sekä TEP-matoja (liite 16; Iloa liikkeellä 2009) käytettiin kahden ohjattavan kanssa. K-13 liikkumistottumukset -lomaketta (liite 11) ja liikuntalajikuvia (liite 14) ei näiden ohjattavien kanssa käytetty, eikä niistä näin ollen saatu palautetta toisen kehittämissyklin aikana.

Opinnäytetyön aikataulun sallimissa puitteissa saimme tehtyä haastattelun neljälle ohjattavalle. Heistä kaksi oli 15-vuotiasta nuorta, yksi 12-vuotias lapsi ja yksi vanhempi. Haastattelulomake löytyy liitteestä 6. Ohjattavat vastasivat kaikkiin kysymyksiin ”kyllä”. Poikkeuksen teki yksi vastaaja, joka vastasi Alle 13-vuotiaiden liikuntatottumuslomakkeen (liite 10) väittämään ”Lomake auttaa pohtimaan meidän perheen nykyisiä liikuntatottumuksia” ”Ei täysin”. Perusteluna oli: ”Meidän jääräpäisyyden vuoksi ei tapahtunut mitään, vaikka huomasimme kyllä mitä pitäisi tapahtua”. Tämä vastaus voidaan tulkita ”kyllä” -vastaukseksi, sillä lomakkeen tavoite on herättää pohtimaan nykyisiä tottumuksia, mikä tässä tapauksessa oli tapahtunut. Nuoret totesivat, että Liikuntaohjeessa kerrottu asia oli ainakin rasvasolujen määrän osalta uutta tietoa.

Yhteenvedon voidaan todeta, että strukturoidulla kyselyllä ei saatu, tässä raportissa esitetyin perusteluin suunnitelluista ohjausvälineistä, liikuntaohjaukseen osallistuneilta asiakkailta kehittämis ehdotuksia. Vastaajien mielestä välineet olivat ymmärrettäviä, helppolukuisia ja -käyttöisiä, ja ne palvelivat ohjauksen tavoitetta. Muistettava on, että kehittämistehtävän ensimmäisen toimintasyklin, ohjausvälineiden esitestauksen, aikana jo tehtiin joitakin muutoksia ja korjauksia palautteen perusteella (liite 1).

10 KOKOAVA LOPPUARVIOINTI JA POHDINTA

Realistisen evaluaation prosessin loppuvaiheessa tehdään kokoava loppuarviointi, jolloin varmistetaan, että tulokset vastaavat reaalimaailman havaintoja ja asetettuja tavoitteita (Anttila 2007, 98). Tässä luvussa on yhdistettynä kootusti omat mielipiteeni kehittämistyön lopputuloksesta sekä pohdinta liittyen koko kehittämistyöprosessiin ja käytettyyn kehittämismenetelmään. Fysioterapeuttien ammattiryhmän sisäistä keskustelua liikuntaohjausmallista käydään laajemmin syksyllä 2010 kun koko kuntoutuksen joukolla kokoonnumme perehtymään lasten lihavuuden Käypä -hoitomalliin.

Tässä kehittämistyössä oli tarkoituksena luoda Sosterin fysioterapeuteille yhteinen lähestymistapa sekä työtap ja -välineet liian vähän liikkuvan lapsen tai nuoren fysioterapiainterventioon. Liikkeelle lähdettiin käytännön tarpeesta, joka syntyi, kun uuden Lasten lihavuuden käypä hoito -mallin myötä Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueelle lähdettiin luomaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistä lihavuuden hoitomallia. Kirjallisuuden ja kollegoiden kanssa yhteisen pohdiskelun avulla selvitettiin nykykäsitystä lasten ja nuorten lihavuuden syistä, hoidon käytäntöjä, lähestymistapoja ja jo valmiita ohjausvälineitä. Fysioterapeuttien fokus oli liikumisaktiivisuudessa ja siinä, mikä lasten ja nuorten liikkumisen määrään vaikuttaa.

Kehittämistyön prosessin alussa johtoajatuksina eli työhypoteeseina olivat ”Lapsia, nuoria ja heidän vanhempiaan kannattaa ja on mahdollista motivoida terveyttä edistävään liikkumiseen.”, ”Vanhemmilla on kasvatusvastuu myös lasten liikkumisen suhteen ja heidän on mahdollista vaikuttaa lastensa ajankäyttöön ja valintoihin.” sekä ”Alueellisesti yhtenäiset välineet auttavat ylläpitämään ja kehittämään liikuntaohjauksen laatua”.

Kirjallisuudesta ja kehittämistehtävään osallistuneiden työntekijöiden mielipiteistä löytyy selkeä tuki ajatukselle vanhempien kasvatusvastuusta myös liikunnan suhteen sekä sille, että vanhemmat voivat – niin halutessaan – vaikuttaa lasten ajankäyttötapoihin. Tosin se vaatii joskus todellisia ponnisteluja ja vähintään paneutumista. Sekä tutkimusnäytön että myös poliittisten julkilausumien kannustamana lapsiperheisiin kannattaa ja pitää kohdistaa terveyttä edistäviä voimavaroja. (Haaranen 2003, 47 - 45; Sydänliitto 2006; Jungman 2006; Koskenkorva ym. 2008, 15 - 16; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 27; Duodecim 2005; Rimpelä 2008; Takalo 2004, 115; Stigman 2008, 4 - 5; Torkkola ym. 2002, 32 – 33; liite 3.) Näin ollen myös ensimmä-

mäinen johtoaistus on säilyttämisen arvoinen. Toki siihen voidaan lisätä sivulause: ”...mutta se vaatii sopivan ajoituksen ja lähestymistavan.”

Kolmatta johtoaistusta vahvistava näyttö on vielä kovin vähäistä. Lapsia ja nuoria perheineen on ohjautunut fysioterapeuttien varsinaiseen liikuntaohjaukseen vasta alle kymmenkunta. Kokemus on siis vielä pientä mutta aivan lupaavaa. Jatkossa lisäkokemuksen kautta voidaan ohjausmallia ja välineitä kehittää edelleen. Todennäköisesti välineistä seuloutuu arjen työssä käytökelpoisimmat ja niiden rinnalle löytyy joitakin uusiakin välineitä. Opinnäytetyön arviointia pyytäessäni, antoi yksi fysioterapeutti vielä palautetta Liikkumisen merkitys lapselle ja nuorelle -ohjeesta. Toiveena oli, että sitä muokattaisiin vielä paremmin yläasteikäisiä palvelevaksi.

Realistinen evaluaatio kehittämistyön menetelmänä oli työläs, vaikka menetelmä onkin varsin salliva. Vaati paljon pohdintaa, miten menetelmän eri vaiheet toteutuvat tässä kehittämistyössä. Varsinkin mallinnuksia tehdessäni tuli ajoittain tunne, että itse kehittämistehtävä hukkuu kehittämismenetelmän koukeroihin ja menetelmästä tulee varsinainen opinnäytetyön aihe. Kuitenkin kun palasin tarkastelemaan mallinnuksia muutaman kuukauden kuluttua, ne vaikuttivat kuvaavan kehittämistyön etenemistä kohtalaisen selkeästi. Realistisen evaluaation eduksi tässä tapauksessa luettakoon sen arvosidonnaisuus, joka selkeästi työn alkuvaiheessa tunnustetaan ja jota jopa etsitään. Tässä kehittämistehtävässä arvot ovat merkittävä ohjaukseen vaikuttava tekijä. Yksilön vapautta korostavassa yhteiskunnassamme lihavuus ja fyysinen passiivisuus eivät ole arvovapaita asioita. Se on myös asiantuntijana toimivan työntekijän muistettava, vaikka lääketieteellisiä perusteita yksilön elämäntapaan puuttumiselle löytyisikin.

Raporttiin kootussa kirjallisuuskatsauksessa painottuu kasvatuksellinen näkökulma. Osittain tämä johtuu siitä, että allekirjoittaneen pääasiallinen potilasryhmä erikoissairaanhoidossa ovat alle kouluikäiset lapset. Tämänikäisillä lapsilla tärkeimmät vaikuttajat elämässä ovat lapsen huoltajat. Näin ollen myös liikunnallisessa elämäntavassa korostuu kasvattajan ohjaus.

Vanhemmat voivat vaikuttaa lasten ja nuorten valintoihin (Niskala 2006, 63; Rimpelä 2008; Okkonen 2004, 75; Halme 2008, 111; Koskenkorva ym. 2008). Myöhemmässä kouluiässä nuoren oma vastuu korostuu. Samalla alkavat painottua enemmän liikkumattomuuden ”aikuismaiset” vaikutukset, kuten epäedulliset verenkuvan muutokset, metabolinen oireyhtymä tai II-typin diabetes. Nämä lääketieteelliset löydökset ja liikunnan vaikutus niihin on kirjallisuuskatsauksessa tuotu esille luvussa 6.2. Ohjaustilanteessa yksilölliset löydökset tulee toki huomioida.

Voimaannuttavan dialogin luomiseksi on mielestäni hyvä painottaa lapsuus- ja nuoruusajan erityisiä *mahdollisuuksia* vaikuttaa kehittyvään ja vahvistuvaan kehoon sekä mieleen.

Ohjausvälineiden testaaminen ja niistä palautteen saaminen ohjattavilta jäi mielestäni ennakkoodotusta pienemmäksi osaksi koko kehittämisprosessia. Ohjattavien myönteiset vastaukset toki ”antavat luvan” käyttää näitä välineitä liikuntaohjauksessa ja samalla tärkeä asiakkaan/potilaan ääni on saatu kuuluville tämän asian osalta. Välineiden kehittämisehdotuksia ohjattavat eivät tarjonneet. Niiden saamiseksi olisi kenties tarvittu syvemmälle menevää tiedonkeruumenetelmää. Tässä kohtaa mainittakoon, että ohjausvälineiden kyselykaavaketta ei esitestattu. Jos se olisi tehty, olisi ehkä kehittämis ehdotusasiaa jollain tavoin painotettu enemmän. Nyt kyselyyn liittyi oletus, että jos ohjattavan vastaus on kyllä, ei kehitettävää ole. Jos vastaus olisi ollut ”ei täysin”, olisi epäkodasta keskusteltu enemmän ja kehittämis ehdotuksiakin pyydetty. Sekä ohjattavien runsaiden ”kyllä”-vastausten että liikuntaohjausvälineitä käyttäneiden terapeuttien kokemuksen perusteella voidaan mielestäni todeta, että kehittämistehtävän lopputulos on hyväksyttävä.

Tässä kehittämistehtävässä tuotettujen liikuntaohjausvälineiden eduksi voidaan lukea niiden edullisuus ja helppo käyttöönotto sekä niiden valintaan ja kehittämiseen käytetty laaja tutkimus- ja asiantuntijatieto. Lomakkeet voidaan tulostaa tarvittaessa sähköisessä potilastietojärjestelmässä olevasta tiedostopuusta löytyvästä Lasten lihavuuden hoitomallista fysioterapialinkin alta tai kopioida valmiista tulosteista. Väline itsessään ei luonnollisesti tuota liikuntaohjauksen vaikeuttavuutta, vaan työntekijä ja ohjattava tekevät sen yhteisellä vuorovaikutuksellaan. Välineiden tehtävä on ohjata liikkumisaktiivisuuteen vaikuttavien asioiden käsittelyä; olla apuna asioiden esille ottamisessa ja niistä keskustelemissa.

Liikuntaohjauksen keskeisiä tiedollisia ja taidollisia seikkoja on pyritty avaamaan opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa. Lasten ja nuorten liikuntaohjausta toteuttavan työntekijän on hyvä olla perillä lapsen normaalikehityksestä motoriikan ja psyyken osalta. Tämän tiedon avulla ohjaaja voi ”markkinoida” ikätasolle sopivia liikunnallisia tehtäviä ja taitotavoitteita, joiden avulla nuori tai lapsi ja vanhemmat puolestaan voivat motivoitua liikkumaan säännöllisemmin.

Opinnäyteraporttia voidaan käyttää käsikirjan lailla esimerkiksi silloin, kun uusi työntekijä perehtyy liikuntaohjaukseen. Raportin kirjallisuuskatsaus ja ohjausvälineet (liitteinä) ovat käytävissä fysioterapeuttien työssä myös Sosterin ulkopuolella.

Tässä kehittämistyössä ei ollut tarkoitus arvioida varsinaisesti liikuntaohjauksen vaikuttavuutta. Ohjattavien kokonaistuntumaa hyödystä kysyttiin kuitenkin kolmella viimeisellä kysymyksellä. Vastausten perusteella ohjattavien mielestä liikuntaohjaus oli ymmärrettävää, arjen käytäntöä palvelevaa ja täytti heidän sille asettamansa tavoitteet.

Pidemmän ajan tai peräti pysyvien liikuntatottumusmuutosten selvittäminen vaatisi toisenlaiset arviointimenetelmät ja -kriteerit. Fysioterapiaintervention vaikuttavuus ja potilaan hyötyminen ohjauksesta ovat työntekijän kannalta olennaisia työmotivaatioonkin vaikuttavia seikkoja. Siksi jatkossa olisi tärkeää arvioida tarkemmin potilaiden kokemaa hyötyä tai ainakin säännönmukaisesti muistaa se varmistaa vähintään kysymällä.

Jatkossa hyvien ohjaustapojen levittämiseksi olisi hyvä jakaa onnistuneita kokemuksia fysioterapeuttien kesken. Yhteinen keskustelu aiheesta on tärkeää myös työssä jaksamisen kannalta. Aihe on haastava, ja työn tulokset saattavat näkyä vasta ehkä useamman vuoden kuluttua, kun ohjattava on valmis muuttamaan tottumuksiaan. Ohjaustyötä yksin tekevä työntekijä saattaa pidemmän ajan kuluessa turhautua tai yliyritymällä asiakkaitaan muutokseen palaa itse loppuun. Silloin on hyvä muistaa kysyä lihavuuden hoitomallin muiden ammattilaisten näkemyksiä. Moniammatillisuus ei ole vain potilaan, vaan useimmiten myös työntekijän parhaaksi. Kun kyseessä on kasvava lapsi, on toki vuosikin merkittävä aika. Tätä seikkaa kannatta mielestäni vanhemmille painottaa.

Ylipaino ja lihavuus ovat edelleen hyvin vaikeita asioita ottaa puheeksi. Tämän seikan viestittivät lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat lasten lihavuuden hoitomallia työstäneen työryhmän palaverissa, joka pidettiin, kun hoitomalli oli ollut käytössä lähes vuoden ajan. Varsin usein vanhemmat vähättelevät ongelmaa, loukkaantuvat tai suorastaan suuttuvat, kun lapsen ylipainoasia otetaan puheeksi. Terveystenhoitajat kokivat, että sanoja täytyy todella asetella tarkkaan ja silti puheeksi otto voi kääntyä epäluottamuslauseeksi.

Tätä taustaa vasten ymmärtää hyvin sen, miksi lähetteitä fysioterapiaan on tehty kovin vähän hoitomallin tullessa vajaan vuoden ikään. Kun tuloksellisen neuvontaprosessin lähtökohtana on perheen motivoituminen muutokseen, ei ole perusteltua tehdä lähetettä, mikäli perhe kieltää koko ylipaino-ongelman tai vähäisten liikuntatottumusten olemassa olon. Toisin sanoen fysioterapeutin vastaanotolle tulevat lapset, nuoret ja vanhemmat lienevät jo jossain määrin motivoi-

tuneita ohjaukseen. Liikuntaohjausvälineistä Liikuntaohje ja Motivaatioportaot saattaisivat olla käyttökelpoisia terveydenhoitajan työssään, kun ohjattavaa autetaan tunnustelemaan liikkumistottumuksiansa tai liikuntaohjauksen tarvettaan.

Toisinaan ylipainoinen lapsi on ohjautunut fysioterapeutin vastaanotolle ensisijaisesti alaraajojen ryhtipulmien, niska-hartiakipujen tai astmaselvittelyjen yhteydessä esiin tulleen heikon peruskunnon epäilyn vuoksi. Viimeiseksi mainitussa tapauksessa tarve liikuntaohjaukselle on selkeä. Muissa tapauksissa fysioterapeutti saa joskus tehdä aika tavalla töitä saadakseen lapsen ja vanhemmat oivaltamaan riittävän ja monipuolisen liikunnan merkityksen tuki- ja liikuntaelinpulmien välttämiseksi. Suurin osa vanhemmista kuitenkin ohjauksen myötä kertoo ymmärtävänsä liikkumisen tärkeyden. Suurin työ on säännöllinen toteuttaminen.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut allekirjoittaneelle itselleen varsin opettavainen prosessi. Ymmärrys potilaan kohtaamisesta vaikuttavista seikoista on syventynyt. Substanssiosaamista tarvitaan, mutta pelkkä asiantieto ei tämän potilasryhmän kohtaamisesta riitä. Halua ja taitoa aitoon dialogiin tarvitaan, kuten myös jämäkkyyttä ja empatiaa sekä mielikuvitusta ja ideointikykyä. Lapsipotilaista puhuttaessa myös leikin merkityksen ymmärtäminen on tärkeää. Lapsipotilasmäärän ollessa Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella kovin vähäinen, on täytynyt kaiken aikaa perustella itselleen kehittämistyön merkityksellisyttä. Suuria massoja ei tällä työtavalla hoideta nopeasti. Uskon kuitenkin, että yksilölliselle ohjauksellekin on sijansa. Terveystieteiden tehtävänä on tarvittaessa tarjota asiakkaan tarpeisiin muokattua tukea ja neuvontaa. Tämän asiakasryhmän ohjaaminen vaatii fysioterapeutilta oman persoonan käyttöä ja erityistä paneutumista asiakassuhteeseen, mutta se ei ole fysioterapian ammattilaisille vieras asia. Kuntoutus perustuu aina potilaan tai asiakkaan omien voimavarojen löytämiseen ja hyödyntämiseen. Kanneveti ei kaivossa pysy tässäkin tapauksessa.

Toinen näkökulma omassa motivoitumisessani tähän kehittämistehtävään on fysioterapeutin ammatillisten välineiden sekä omien ohjaustaitojen kehittäminen. Ymmärrys ja tieto mm. muutosprosessin pitkästä aikajänteestä ja muutokseen tarvittavista tekijöistä on lisääntynyt kirjallisuuden perehtymisen ja potilaiden ohjaamisen kautta. Tätä tietoa tarvitaan kuntoutuksessa kaikkien potilaiden kanssa.

Ajoittain kehittämistyön edetessä mietin, olisiko jokin ”keveämpi” kehittämismenetelmä ollut viisaampi valinta, esimerkiksi tuotekehitys, jossa mm. tuotteen markkinointi nähdään tärkeänä

osana prosessia. Kehittämisprosessin kolmannessa vaiheessa nimittäin syntyi tarve pohtia, miten liikuntaohjausmalli ja -välineet saadaan ”myytyä” muille, suunnittelutyöryhmän ulkopuolisille, fysioterapeuttikollegoille ja toisaalta myös lähettävälle lääkäreille ja terveydenhoitajille eli kuinka saada malli aktiiviseen käyttöön.

Hyväksyttävä tosiasia on se, että käytännön työssä on kehittämisen kohteita pilvin pimein – ja normaali perustyökin on ihmisillä hoidettavana. Siispä on tunnustettava liikuntaohjausmallia työstäneelle ryhmälle ja omalle työlleen arvoksi se, että uutta ja yhteistä toimintaa varten on nyt jokin suuntaa antava lähtökohta ja keinoja olemassa. Se, miten yksittäinen työntekijä liikuntaohjausmallia hyödyntää, on hänen omassa valinnassaan. Fysioterapeutti vastaa itsenäisesti työssä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja *kehittämisestä* (Suomen Fysioterapeutit 2010).

Julkisen terveydenhuollon tulee kuitenkin perustua tutkittuun ja vaikuttavaksi todettuun tietoon ja menetelmiin. Käypä hoitosuositukset (perusaineistona taustalla myös liikuntaohjausmallin kehittämistyössä) ovat osaltaan normittamassa niin lääkärien kuin hoito- ja kuntoutushenkilöstönkin toimintaa ja ovat yhtenä osatekijänä laadukkaan kuntoutuksen, hoidon, hoitoprosessien ja palveluketjujen kehittämisessä. (Salmela 2009, 13.) Tähän reaalityöelämän kehittämistyöhön tulee myös fysioterapeuttien oman toiminta-alueensa puitteissa sitoutua. ”Keveimmillään” kehittämistyö on uusien toimintatapojen kokeiluun ottamista omassa päivittäistyössä. Utelias ja myönteinen asenne auttavat tässä vaiheessa sekä se, että sallii itselleen oppijan roolin erehdyksineen ja niiden tuomine epävarmuuden tunteineen. Kokemuksen kautta karttuu hiljaisen tiedon pääoma.

Lähiaikoina jatkossa uuden toimintamallin jalkauttamiseksi ja ohjausvälineiden käyttöönoton varmistamiseksi on Sosterissa tarkoitus kokoontua vielä liikuntaohjausta toteuttavien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon fysioterapeuttien kesken palaveriin, jossa välineitä käytäneet voivat kertoa kokemuksiaan. Tällöin liikuntaohjausvälineiden käyttöä on mahdollista ohjata, ja selventää niiden tarkoitusta fysioterapeuteille. Samassa yhteydessä tehdään liikuntaohjausmallista ja kehitetyistä välineistä edelleen kehittävää arviointia ja mallia muutetaan tarvittaessa.

Sosterin kuntoutuksessa on lisäksi aloitettu keskeisimpien Käypä hoito -suositusten opiskelu yhteisissä tilaisuuksissa. Allekirjoittanut on mukana lasten lihavuuden Käypä hoito -suositusta

esittelevässä ryhmässä. Aihe valmistellaan ennakkoon ja havainnollistavaa materiaalia hyödyntäen esitellään suosituksen keskeiset asiat painottaen alueellista käytäntöä ja kuntoutusta.

Samoin kuin elintapamuutokset ovat hitaita prosesseja, niin ovat toisinaan uusien toimintatapojen käyttöönotto perustyössäkin. Lasten ja nuorten liikkumisaktiivisuuden lisääminen, kaikilla myönteisillä tavoilla toteutettuna, on joka tapauksessa ehdottoman tärkeää terveyden edistämistä.

LÄHTEET

Alasuutari, Maarit 2005. Mikä rakentaa vuorovaikutusta lapsen haastattelussa? Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Tiittula, Liisa. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Aikatiimi.

Duodecim 2005. Lasten lihavuus. Käypä hoito. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi50034#s8. Päivitetty 1.8.2005. Luettu 18.4.2009.

Etelä-Suomen lääninhallitus 2009. Toimintamalleja lasten painonhallinnan ja liikunnan edistämiseen Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa. Painonhallintaa ja liikuntaa lapsille ja lapsiperheille –hanke 2004 - 2006. WWW-dokumentti.

[http://www.laanhallitus.fi/lh/biblio.nsf/E131D6E3A39F4BF4C22572640045A30A/\\$file/Toimintamallit.pdf](http://www.laanhallitus.fi/lh/biblio.nsf/E131D6E3A39F4BF4C22572640045A30A/$file/Toimintamallit.pdf) Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2009.

Fogelholm, Mikael., Paronen, Olavi & Miettinen, Mari 2007. Liikunta – Hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. STM:n selvityksiä 2007:1 WWW-dokumentti.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/pr1169019512649/passthru.pdf>.

Päivitetty 16.1.2007. Luettu 1.11.2008.

Fogelholm, Mikael, Paronen, Olavi & Miettinen, Mari 2007. Katsaus suomalaisen terveysliikunnan tilasta. Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksestä. WWW-dokumentti.

<http://www.ukkinstituutti.fi/fi/tiedotteet/697>. Päivitetty 17.1.2007. Luettu 16.7.2008.

Fogelholm, Mikael 2006. Lapset lihovat – muuttuuko koululiikunta? WWW-dokumentti.

<http://vanha.edu.utu.fi/rokl/liiter/symposium/Esitelmat/Fogellholm%20Mikael%2018.05.06.pdf> Päivitetty 23.5.2006. Luettu 12.12.2008.

Fogelholm, Mikael & Hakala, Paula 2006. Lihavuuden ehkäisy hyviä ruokatottumuksia ja fyysistä aktiivisuutta edistämällä. Teoksessa Mustajoki, Pertti, Fogelholm, Mikael, Rissanen, Aila & Uusitupa Matti (toim.) Lihavuus – Ongelma ja hoito. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Fogelholm, Mikael & Vuori, Ilkka 2005. Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim.

Haaranen, Ari 2003. Lapsiperheiden terveyden edistäminen. Virikkeitä antava haastattelu ja terveydenhoitajan työ. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Halme, Titta 2008. Fyysismotorinen suorituskky ja sitä selittävät tekijät 3 - 8-vuotiailla lapsilla. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 207. LIKES-tutkimuskeskus. Väitös.

Halonen, Kimmo 2009. Kuntoa ei voi ulkoistaa. Itä-Savo 16.2.2009, 5.

Huttunen, Helena 2006. Neuvokas perhe – ohjelma. Sydänliiton tiedote. WWW-dokumentti. http://209.85.229.132/search?q=cache:uTDhMKvR_EYJ:www.savonlinnaseutu.fi/LiiteTiedostoNayta.asb%3FDokumenttiID%3D3568%26TauluNimi%3DTiedoteKappale%26NakymaID%3D1641%26KappaleID%3D3509+neuvokas+perhe&hl=fi&ct=clnk&cd=3&gl=fi. Päivitetty 13.12.2006. Luettu 9.3.2009.

Iloa liikkeellä 2009. Liikuntaneuvontakortti. Terve Etelä-Pohjanmaa –hanke. Hankkeen WWW-sivut. http://www.tep.fi/Irhanke/Lasten_Iloa_Liikkeella_kortti.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 10.6.2009.

Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2008. Henkilöstöraportti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän WWW-sivut. <http://www.isshp.fi>. Päivitetty 11.3.2009. Luettu 16.4.2009.

Janson, Annika & Danielsson, Pernilla 2005. Painonsa arvoiset. Helsinki: Edita Publishing

Jungman, Tor 2006. Tieto muuttuu terveydeksi sydänohjelmissa – nuorten perheiden ja kovien kundien elintavat remonttiin. Kansanterveyslehti 8/06. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/tieto_muuttuu_terveydeksi_sydanohjelmissa_nuorten_perheiden_ja_kovien_kundien_elintavat_remonttiin/. Ei päivitystietoa. Luettu 9.3.2009.

Kannus, Pekka 2004. Näin annostelen liikuntahoitoa: osteoporoosi. Liikunta ja tiede 6 / 2004, 20 - 21. WWW-dokumentti.

http://www.lts.fi/filearc/170_Kannus_LLTP04.pdf?LTS_reg=ng2o075kj7job3h294et8ckbb1.

Päivitetty 27.10.2004. Luettu 10.2.2009.

Karvonen, Pirkko, Siren-Tiusanen, Helena & Vuorinen, Riitta 2003. Varhaisvuosien liikunta. Jyväskylä: Gummerus-kirjapaino.

Kouluterveyskysely 2008. STM. WWW-dokumentti

<http://info.stakes.fi/kouluterveys/tulokset/esavo2008pk.pdf>. Päivitetty 7.10.2008. Luettu

7.3.2010.

Koskenkorva, Johanna, Alapappila, Annukka, Pusa, Tuija, Kuisma, Kati & Lagström, Hanna 2008. Neuvokas Perhe –tietokansio. Suomen Sydänliitto ry.

Koskenkorva, Johanna 2007. Neuvokas perhe osaa hakea apua. Sydän –verkkolehti 4/07.

WWW-dokumentti.

http://www.sydan.fi/lehtiarkisto/sydan_4_07/artikkelit/fi_FI/neuvokas_perhe_osaa_hakea_apua/. Ei päivitystietoa. Luettu 9.3.2009.

Koskinen-Ollonqvist, Pirjo, Peltö-Huikko, Antti & Rouvinen-Wilenius, Päivi 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämisessä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 4/2005. WWW-dokumentti.

<http://www.health.fi/timage.php?i=100269&f=1&name=N%E4k%F6kulmia+vaikuttavuusarviointiin.pdf> Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2009.

Kurri, Marika & Tolvanen, Tiia 2007. ”Mitä isot edellä, sitä pienet perässä” Vanhempien merkitys lasten liikuntatottumusten muodostumisessa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Lahti, Riikka 2006. Lasten osteoporoosi. WWW-dokumentti.

http://www.luulehti.net/lehti_11.pdf. Päivitetty 3.3.2006. Luettu 10.2.2009.

Lahtinen, Eero, Koskinen-Ollonqvist, Pirjo, Rouvinen-Wilenius, Päivi & Tuominen, Päivi 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveiden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. WWW-dokumentti.

[www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4084.pdf&title=Terveyden edistamisen...fi](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4084.pdf&title=Terveyden+edistamisen...fi) Ei päivitystietoa. Luettu 10.4.2009.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Finlex. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.4.2009.

Lapsiasiavaltuutettu 2009. Yleissopimus lapsen oikeuksista 1991. WWW-dokumentti.

http://www.lapsiasia.fi/lapsen_oikeudet Ei päivitystietoa. Luettu 16.4.2009.

Lastennuvolaopas 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimintaa ohjaavat periaatteet.

WWW-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/Ino/koti> Päivitetty 1.6.2004. Luettu 16.5.2009.

Love, Maia 2007. Tools for addictions care: A community learning perspective. BC Medical

Journal 1, 26 – 32. WWW-dokumentti. <http://www.bcmj.org/tools-addictions-care-community-learning-perspective> ja <http://www.bcmj.org/print/991>.

Ei päivitystietoa. Luettu 26.2.2010.

Luoma, Jaakko 2005. Nuorten vähäinen liikunta vaarantaa jo normaalin kehityksen. WWW-

dokumentti. http://yle.fi/akuutti/arkisto2005/181005_c.htm Päivitetty 18.10.2005. Luettu 9.5.2009.

Luopa, Pauliina, Harju, Hanna, Puusniekka, Riikka, Jokela, Jukka,

Kinnunen, Topi & Pietikäinen, Minna 2009. Kouluterveys 2008. Itä-Suomen lääniraportti. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL.

<http://info.stakes.fi/kouluterveys/tulokset/isuomi2008rap.pdf> Ei päivitystietoa. Luettu 5.2.2010.

Maito ja Terveys ry 2005. Tytöt ja ruoka. Pojat ja ruoka. Yhdistyksen kotisivut.

<http://www.maitojaterveys.fi/index.php?id=2>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.6.2009.

McDonald's 2003. Nuorten valintoihin ei käskemällä vaikuteta. Yrityksen WWW-sivut.

http://www.mcdonalds.fi/yritys/tiedotteet/2003/20030508_nuoret.php Ei päivitystietoa. Luettu 11.3.2009.

Mustajoki, Pertti & Kunnamo, Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147 Päivitetty 19.1.2009. Luettu 10.4.2009.

Mustajoki, Pertti, Fogelholm, Mikael, Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti 2005. Lihavuus – Ongelma ja hoito. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Niskala, Sini 2006. Perheen yhteisten ruokailuhetkien yhteys koululaisen ruokatottumuksiin. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Niskanen, Leo 2007. Liikunnan vaikutukset elimistöön. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00801. Päivitetty 26.4.2007. Luettu 10.4.2009.

Nuori Suomi ry 2008. Varpaat Vauhtiin. Ohjaajan opas. WWW-dokumentti.

http://www.nuorisuomi.fi/files/ns2/paivahoito_PDF/kevyt_Varpaat_vauhtiin_ohj.opas.pdf Ei päivitystietoa. Luettu 19.4.2009.

Nuori Suomi ry 2009. Varpaat vauhtiin! kampanja liikutti lapsia onnistuneesti 21.9 -

2.10.2009. WWW-dokumentti. http://www.nuorisuomi.fi/varpaat_vauhtiin Ei päivitystietoa. Luettu 28.2.2010.

Nuori Suomi ry 2010. Liikuntaseikkailu maapallon ympäri 12.-30.4.2010.

<http://www.nuorisuomi.fi/liikuntaseikkailu>. Päivitetty 26.3.2010. Luettu 28.2.2010.

Nupponen, Ritva & Suni, Jaana 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogel-

holm, Mikael & Vuori, Ilkka (toim.) Terveysliikunta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy, 216 – 228.

Okkonen, Tuula 2004. Lapsen terveystietämyksestä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet 112. Väitös.

Ollila, Maija-Riitta 2005. Puheenvuoroja vaikuttavuudesta. Teoksessa Koskinen-Ollonqvist, Pirjo, Peltö-Huikko, Antti & Rouvinen-Wilenius, Päivi 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 4/2005. WWW-dokumentti.

<http://www.health.fi/timage.php?i=100269&f=1&name=N%E4k%F6kulmia+vaikuttavuusarviointiin.pdf> Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2009.

Osika, Walter & Montgomery, Scott 2008. Physical control and coordination in childhood and adult obesity. Longitudinal Birth Cohort Study. British Medical Journal 12, 337.

Pasanen, Samppa 2009. Liikuntaneuvonnan vaikutus liikuntakäyttäytymiseen ja –motivaatioon TELIRANE –hankkeen asiakkailla. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5384/Pasanen_Samppa.pdf?sequence=1 Päivitetty 2.12.2009. Luettu 14.3.2010.

Ranta, Risto 2002. Rentoutumisen ohjaaminen. 23. – 24.11.2002. Luentomonisteet. Topos Oy. Fiskars.

Rautava, Pasi 2003. Vanhemmat paljon vartijoina. Vanhempien merkitys 5. luokan oppilaiden liikuntaharrastuksessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntakasvatuksen laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu –tutkielma. WWW-dokumentti.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9357/G0000123.pdf?sequence=1>. Päivitetty 4.4.2003. Luettu 8.3.2009.

Rimpelä, Matti 2008. Yhteistyössä on voimaa. Pienten lasten liikuttajille. Nuori Suomi - verkkolehti. 3.2.2009.

http://verkkolehti.nuorisuomi.fi/uutinen?lehti=2&uutinen=12092247&lehti_pid=11881128. Päivitetty 3.2.2009. Luettu 5.2.2009.

Robson, Colin 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Salmela, Pasi 2009. Hoidon porrastus. Onko Käypä hoito -suosituksista apua? Oulun yliopistollinen sairaala. Luentoesitysmateriaali. WWW-dokumentti.

http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/5c32f1557516b2b0a9ada2fd4f310f76ece1cd9a.pdf Päivitetty 8.10.2009. Luettu 10.4.2010.

Salmela, Paula 2009. ”Luullaan, että liikutaan mutta ei liikuta oikeasti.”. Koululaisten liikuttajille -verkkolehti 10.03.2009.

http://verkkolehti.nuorisuomi.fi/uutinen?lehti=1&uutinen=12472393&lehti_pid=12472073.

Päivitetty 10.3.2009. Luettu 10.3.2009.

Salpa, Pirjo 2007. Lapsen liikkuminen ensimmäinen ikävuosi. Gummerus kirjapaino oy: Jyväskylä

Sipari, Salla 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Fysioterapia 7, 40 - 43.

Sormunen, Marjo 2010. Lapsia on sovitettu vanhentuneille kasvukäyrille. Itä-Savo 8.3.2010, 6.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 8. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Helsinki.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1092909444623/passthru.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2009.

Sosteri 2009. Perustietoa. Esittelyaineisto. WWW-dokumentti. <http://www.isshp.fi/index.asp>.

Päivitetty 25.5.2009. Luettu 10.6.2009.

STM 2008. Periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista.

WWW-dokumentti.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/09/pr1221461425231/passthru.pdf>. Päivitetty 12.9.2008. Luettu 10.6.2009.

Ståhl, Timo 2005. Reseptillä liikkeelle – liikkumisresepti-hankkeen arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 170. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. Jyväskylä.

<http://www.liikkumisresepti.net> Päivitetty 28.4.2005. Luettu 24.10.2008.

Stigman, S. 2008. Lapsuusiän lihavuus ja liikunta. Terveysliikunnan tutkimusuutiset 2008. 4-5. Liikettä Lihavuuteen. UKK-Instituutti.

Sulola, Seija 2008. Neuvokas perhe pilottikunnissa. Täydestä sydäimestä –seminaari 15.1.2008. Helsinki. WWW-dokumentti.

http://209.85.229.132/search?q=cache:uEdBbhavWKEJ:www.pomminpurkajat.fi/kunnallisvaali/pommin_purkaminen/jarjestojen_mallit/fi_FI/neuvokasperhe/files/79308665048863310/default/Jyvaskyla_Sulola.ppt+sulola+seija+neuvokas+perhe&cd=2&hl=fi&ct=clnk&gl=fi Päivitetty 15.1.2008. Luettu 9.3.2009.

Suomen Fysioterapeutit 2010. Eettisyys fysioterapiassa. WWW-dokumentti.

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=58. Ei päivitystietoa. Luettu 25.2.2010.

Sydänliitto 2009. Neuvokas perhe. Verkkolehti.

http://sydanliitonlehti.navigo.fi/kunnallisvaali/pommin_purkaminen/jarjestojen_mallit/fi_FI/neuvokasperhe/. Ei päivitystietoa. Luettu 9.3.2009.

Sääkslahti, Arja 2005. Liikuntaintervention vaikutus 3–7-vuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja motorisiin taitoihin sekä fyysisen aktiivisuuden yhteys sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport Physical Education and Health 104. Väitös. WWW-dokumentti. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/13496> Ei päivitystietoa. Luettu 10.4.2009.

Talvitie, Ulla, Niitamo, Eila, Berg, Ritva, Imonen, Marja & Storås, Kaija. 1998. Lasten karkeamotoristen taitojen arviointi fysioterapiassa. Jorvin karkeamotorinen testi 5-vuotiaille. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino ja ER-paino Oy.

Takalo, Susanna 2004. Kuka minua liikuttaa? – Sosiaalisen ympäristön koettu merkitys 10–12-vuotiaiden lasten liikunta-aktiivisuuteen. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikan lisensiaattitutkimus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 163. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. WWW-dokumentti.

<http://www.likes.fi/pages/UserFiles/File/LINET%20PDF/linettakalo.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.3.2009.

Tala, Sinikka 2007. Terveysliikunta – terveyden edistämisen tärkeä osatekijä. Työterveyslääkäri 25 (2), 19–24. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=t100426. Ei päivistietoa. Luettu 20.3.2009.

Tammelin, Tuija & Karvinen, Jukka 2008. Toim. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille, 7–18-vuotiaille. Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry. WWW-dokumentti.

http://www.nuorisuomi.fi/files/ns2/Koulu_PDF/080129Liikuntasuositus-kirja%28keyyt%29_08.pdf. Päivitetty 29.1.2008. Luettu 5.3.2009.

Toivanen-Visti, Outi 2008. Lapsuuden kömpelyys voi johtaa ylipainoon. WWW-dokumentti.

<http://www.sportimedia.fi/uutiset.php>. Päivitetty 13.8.2008. Luettu 5.1.2009.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turku, Riikka 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

UKK-instituutti 2004. Liikkumisen viikko-ohjelma ja seuranta. WWW-dokumentti.

<http://www.ukkinstituutti.fi/materiaalitilaus/upload/Liikkumisen%20viikko-ohjelma%20ja%20seuranta.pdf>. Päivitetty 19.8.2004. Luettu 10.6.2009.

Vanhasen II hallitus 2007. Lapset, nuoret ja perheet. Hallituksen politiikkaohjelma.

http://www.hallitus.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO_Lapset_HSA2007.pdf Päivitetty 10.12.2007. Luettu 12.12.2009.

Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005. STM:n oppaita 2005:17. STM ja Nuori Suomi ry.

Virsu, Veijo 1991. Aivojen muotoutuvuus ja kuntoutuminen. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 26. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Zimmer, Renate 2002. Liikuntakasvatuksen käsikirja. Didaktis-metodisia perusteita ja käytännön ideoita. Hämeenlinna: Karisto Oy.

LIITE 1 (1). OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN JA ARVIOINTI

PVM ja VAIHE	ARVIOINTI	SISÄLTÖ
3.9.2008 Lihavuuden hoitomallin työryhmän 1. kokoontuminen		Perustettiin aikuisten ja lasten työryhmät.
9.10.2008 Lasten lihavuuden hoitomallin työryhmän palaveri.	Työryhmän yhteistä pohdintaa. Itsereflektointia	Työnjakoasiaa. Tehtäväksi tuli selvittää fysioterapeuttien mahdollisuuksia ja keinoja lasten ylipainon hoidossa.
18.11.2008 Palaveri lasten fysioterapias- sa.	Fysioterapeuttien ammatillista reflektointia yhdessä.	Pth fys, esh fys ja esh oh. Pohdittiin, miksi ja miten fysioterapeutti mukana lihavuuden hoitomallissa. ”Pitkäkestoinen interventio, tavoitteellinen, vanhemmat keskeisessä asemassa.” Kirjallisuus, aiemmat tutkimukset, internet, kollegoiden ajatuksia, kokemuksia.
5.12.2008 Lasten lihavuuden hoitomallin työryhmän palaveri.	Moniammatillista suunnittelua	Tehtäväksi tiiviimpi ja tarkempi fysioterapian sisältörunko Lasten lihavuuden hoitomalliin Efficaan liitettäväksi tammi-kuun loppuun mennessä.
19.1.2009 Liikuntaohjauksen sisällön suunnittelupalaveri.	Ammatillinen kollegiaalinen keskustelu. Aiempi kokemus. Kirjallisuustieto.	Pth fys, esh fys. Kehitettiin liikuntaohjauksen ajoitukselle ja sisällölle suuntaa antava runko.
18.1.2009- 1. Sykli alkaa: Liikuntaohjauksen välineiden etsimistä, kehittelyä, suunnittelua...	Vertailu olemassa olevaan materiaaliin. Sosterin potilasohje-standardit. Kirjallisuus. Suullinen lukijapalaute.	Liikuntaviikkosuunnitelma (tavoitteellisuus), joka muokattiin UKK-instituutin liikuntapäiväkirjasta, Liikuntaohje (tietoa), johon käytettiin valmista Sosterin potilasohjestandardia. Liikuntaohjeen luki yksi maallikko, joka antoi palautetta ohjeen ymmärrettävyydestä.
2.2.2009 Lihavuuden alueellisen koulutuspäivän fysioterapian puheenvuoron suunnittelupalaveri.	Fysioterapeuttien yhteiskeskustelu. Fys. ja ravitsemussuunnitt. keskustelu.	Pth ja esh lasten fys., pth aikuisten fys. Innostava, kannustava esitys, jossa korostuu liikunnan ja fyysisesti aktiivisen arjen merkitys ja vaikutus terveydelle. Ei varsinaisesti hoitomallien esittelyä.
6.2.2009 Lapsen liikuntaohjauksen sisällön ohjauspalaveri.	Esimiesarvio työn sisällöstä ja Liikuntaohjeesta lukijana.	Oh ja esh fys. Pohjana 18.1.2009 muistio. Muutoksia Liikuntaohjeen tekstin asetteluun ja rakenteeseen. Joitakin lauseita yksinkertaistettiin ymmärrettävämmiksi.
12.2.2009 Lasten lihavuuden hoitomallin työryhmän palaveri	Moniammatillista keskustelua.	Kunkin osa-alueen sisällön tarkistelu sen suhteen miten Visio-ohjelmaan sopivat. Vision ulkoasusta keskustelu.
17.2.2009 Kouluterveydenhoitajien ja pth fysioterapeuttien palaveri	Yhteisarviointia ja suunnittelua.	Pth fys x 10, kouluth x ?. Keskustelua lapsen liikuntamäärän arvioinnista. Koulu-Th mielestä ei tarvetta tarkalle kaavakkeelle tms. Terveysliikuntasuositus kriteerinä.
20.3.2009 Lihavuuden hoitomallit julkistetaan Effica-potilastietojärjestelmässä.		Seuraavat muutokset sisältöihin vasta vuoden kuluttua potilastietojärjestelmän pääkäyttäjän kautta. Hoitomallien suunnitteluryhmien kokoontumista suunniteltu syksyyn.
24.3.2009 Lihavuuden hoidon alueellinen koulutuspäivä	Kuulijoiden kokemus ja spontaani suullinen palaute fys. puheenvuorosta. Asiantuntijaluennot.	Moniammatillista ja –näkökulmaista tietoa lihavuuden hoidosta. Hoitomallien esittely. Fysioterapian ½ puheenvuoro: ”Liikunta painonhallinnassa”, esh. fys.
15.4.2009 Opinnäytetyön ohjauspalaveri.	Yhdessä pohdiskelua ja opettajan antamaa arviota jo tehdystä työstä sekä ehdotuksia tulevaa varten.	Mamk opettaja, esh oh, 2 x esh lasten fys. Selkeä toive kollegoilta kehittää työvälineitä liikuntaohjaukseen, materiaalia. Tutkiva osuus opinnäytteeseen ohjausvälineiden testaamisella. Palautetta niistä lapsilta ja vanhemmilta.
6.5.2009 Lähetekäytäntöpalaveri	Yhteistä reflektointia, käytännöistä ja organisaation toimintatavasta keskustelua	Fys oh., esh fys x 2. Pohdintaa lähetekäytännöstä. Lähetepyyntö tarvitaan, jotta tieto siirtyy ja potilaan hoitopolussa säilyy ”ryhti”. Th voisi sen tehdä.

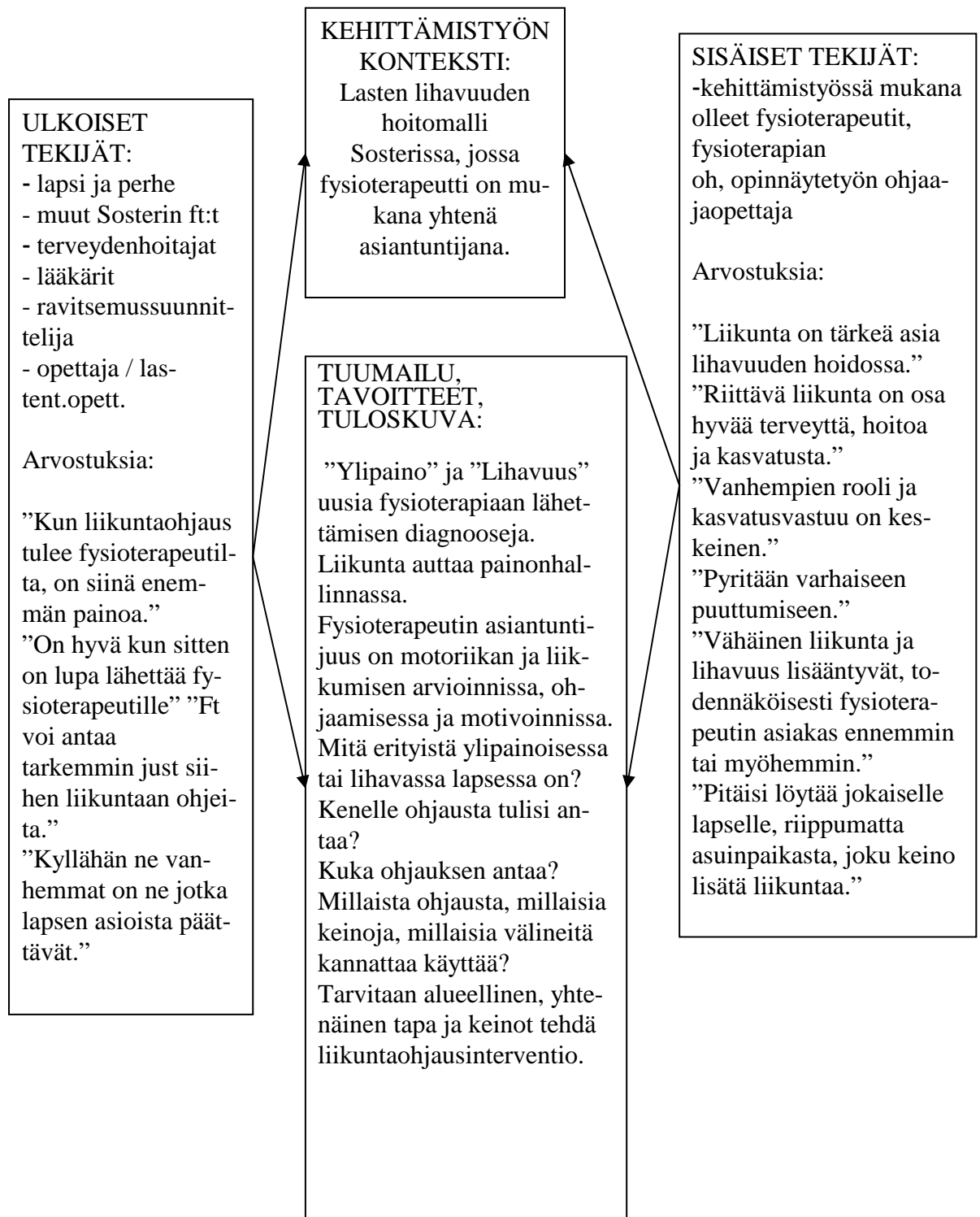
LIITE 1 (2). OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN JA ARVIOINTI

7.5.2009 Yhteistyöpalaveri neuvola-terveydenhoitajien kanssa	Yhteispohdintaa ja suunnittelua.	Esh fys x 2. Neuvolaikäisen lapsen ja perheen liikuntaohjaus- + muuta yhteistä asiaa. Lähetekäytäntökeskustelua. Ei kaikkia erityistyöntekijöitä yhtä aikaa perheen tueksi, harkitaan tarvetta painottaen. Myös poikittaisliikennettä esh:n sisällä tullee, rav.tr voi lähettää fys:aan ja päinvast.
5 / 2009 1. Syklin loppuvaihe: Ohjausmateriaalin esitestausta. Myös vaihtoehtoisin neuvolaikäisten ohjausmateriaaleihin tutustumista lisää.	Lasten mielipiteitä. Aikuisten (lastentarhanopettaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, kotiäiti) käyttökokemuksia ja mielipiteitä suullisesti ja muutamilla vapaamuotoisilla kirjallisilla lauseilla.	Aktiivisuuden seurantalomakkeen kokeilua käytännössä (kollegojen lapset ja lastenlapsi, omat lapset). Palautteen myötä lisättiin aktiivisuustasoa kuvaavat esimerkkitoiminnot. Muutoksia ei tässä vaiheessa. Motivaatioportaista kollegoilta mielipiteet (oma motivaatiotaso oman lapsen liikuntaan löytyi helposti), ei muutoksia tässä vaiheessa.
13.5.2009 Suunnittelupalaveri	Yhteistä (moniammatillista) tuumailua, suunnittelua, julkaistun materiaalin arviointia ja kokemusten jakamista	Pth fys + esh fys (+toimintaterapeutti). Pohdittiin yhdessä ohjausmateriaalivalintoja ja niiden käyttöä. Pth-fysioterapeutti tiedottaa materiaalista ja kannustaa niiden käyttöön terveysasemilla lasten kanssa työskenteleviä fysioterapeutteja heidän yhteispalaverissaan.
15.5.2009 Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari	Opettajan ja opiskelutovereiden mielipiteitä. Oma itsereflektointia.	Arviointimenetelmän valinta. Millä keinolla palaute käytetyistä välineistä lapsilta/nuorilta ja vanhemmilta? Liikuntaohjausteemat jäsentämään opinnäytetyötä ja välineiden arviointia.
9/2009 2. Sykli alkaa: Välineiden käyttöön ottaminen ja palautteen pyytäminen lapsilta/nuorilta ja vanhemmilta	Puolistrukturoitu haastattelu	Käytetään liikuntaohjaukseen valittuja välineitä käytännön ohjaustilanteessa. Pyydetään niistä palautetta lapsilta/nuorilta ja vanhemmilta.
16.11.2009 Sähköpostitse fysioterapeuteille ja osastonhoitajille muistutusta ohjausmallin hyödyntämisestä ja palautepyyntö kokemuksesta.		Kaksi vastausta sähköpostiin tuli. Toisessa todettiin, ettei yhtään potilasta ole tullut lihavuuden hoitomallin myötä. Toisessa tuli positiivista palautetta käytetystä ohjausmateriaalista. Terveystieteiden osastonhoitaja totesi pandemian nyt vievän kaiken työajan. Sovittiin palattavaksi liikuntaohjausasiaan pandemian rokotussuman laannuttua.
27.1.2010 Lasten lihavuuden hoitomallin työryhmän seurantapalaveri	Keskustelua yhdessä	Lasten lihavuuden hoitomalli on otettu paljon verkkaisemmin käytäntöön, kuin aluksi arveltiin. Terveystieteiden hoitajat ovat kokeneet, että lapsen lihavuuden puheeksiotto on edelleenkin vaikeaa, vaikka yhteiseen toimintatapamalliin voidaankin nyt vedota. Läheteitä ravitsemusterapeuteille on tullut runsaasti, fysioterapiaan alle kouluikäisistä muutama, samoin kouluikäisistä vain muutama. Edelleen on tarpeen pitää hoitomallista keskustelua yllä ja aktiivisesti työstää tämän potilasryhmän hoitoon ohjaamista. Fysioterapian ohjausmateriaali päivitetään myös kouluikäisten malliin samaksi kuin alle kouluikäisten mallissa on eli kaikki luodut ohjausvälineet kaikkien käyttöön.
Tiedottaminen	kollegoiden kokemukset ja palaute	Jatkuvaa kaiken aikaa prosessin edetessä yhteispalavereissa, emailina, syksyllä 2010 Käypä Hoito-koulutustilaisuudessa Sosterin kuntoutuksen henkilökunta
Suunnitelmassa käytännössä ohjausmateriaalin käytön ohjaus ja opetus sekä arviointi.	kollegoiden kokemukset ja palaute	Yhdessä käydään läpi kokemuksia, onnistumisia, epäonnistumisia, ohjausmateriaalin käyttöä ja liikuntaohjausta ylipäänsä.

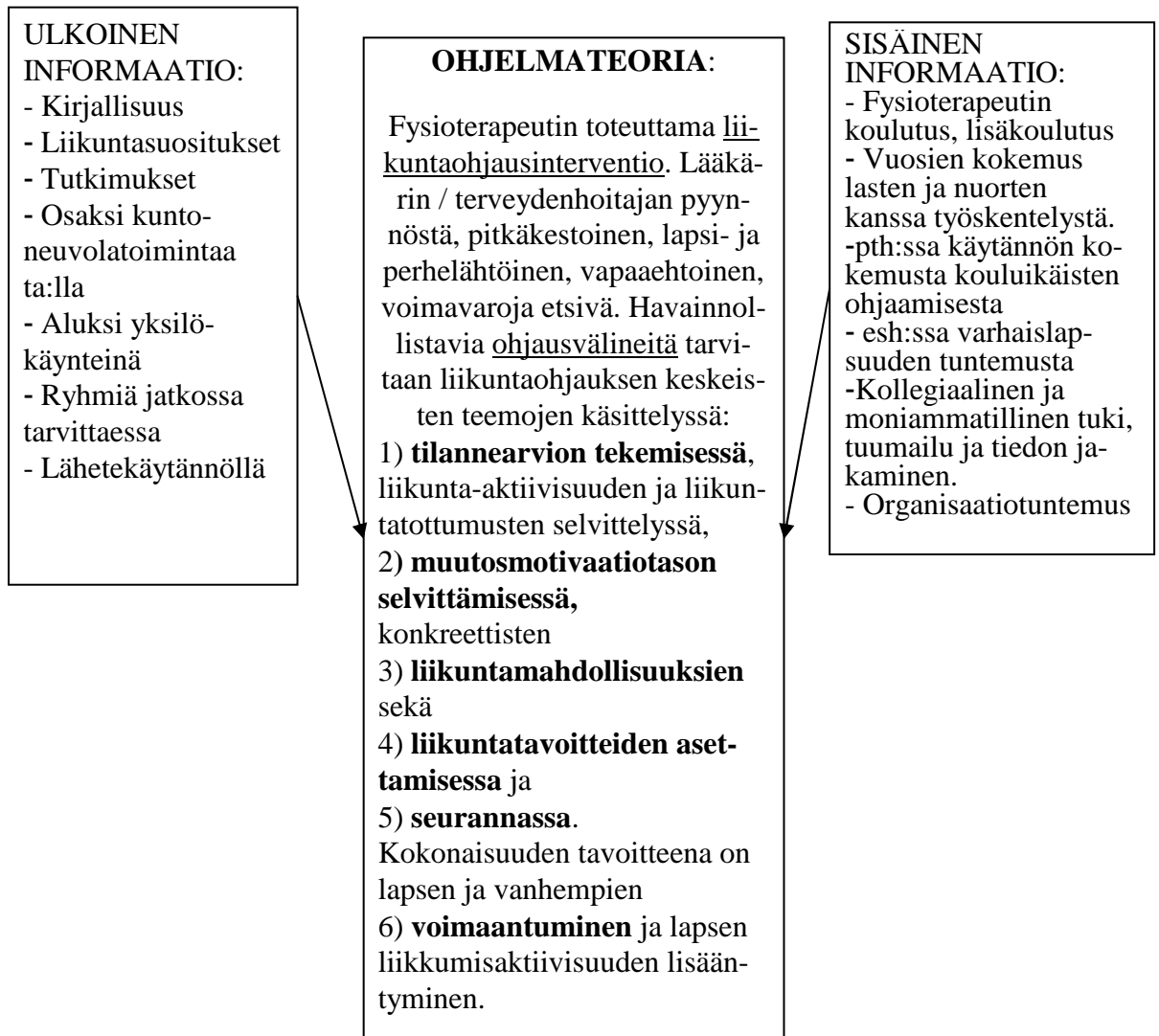
LIITE 2. ENSIMMÄISEN KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TIEDONHAKU JA –KÄYTTÖ.

Tarkasteltava asia	Tiedon lähteet	Haku-sanat	Yksinkertaistettu johtopäätös	Tiedon käyttö
Mitä erityistä on ylipainoisessa tai lihavassa lapsessa.	Työntekij. keskustelu: kokemukset, mielipiteet	lihavuus, lapset, lihavuuden hoito	Ylipaino on fyysinen ja psyykkinen terveysriski. Kuntotestit ohjauksessa toissijaisia, liikuntaan motivointi ja liikunnan mahdollistaminen ensisijaista.	Ohjausnäkökulma, ohjauksen sisältöteema, ohjausvälineiden luominen
Mitä tiedetään liikunnan merkityksestä lapsen kasvu- ja kehitykselle?	Alan kirjallisuus, työntekij. keskustelu, mielipiteet, hiljainen tieto,	liikkuminen, lapset, motoriikka	Riittävä ja monipuolinen liikunta on välttämätöntä lapsen hyvälle kasvu- ja kehitykselle. Liikunnalla on erityinen kehitystehtävä ennen kouluikää. Ylipaino ja lihavuus haittaavat tätä tavoitetta. Neurologiset pulmat voivat olla liikkumattomuuden ja siten ylipainonkin taustalla.	Ohjaajan asiantietoa, ohjausvälineiden luominen, fysioterapiaintervention kriteerien asettaminen
Millaisia liikuntamääriä, -intensiteettiä ja -tapoja tarvitaan tervettä kehitystä turvaamaan?	UKK-instituutti, Osteoporoosiliitto	liikkuminen, lapset, nuoret, liikuntasuositukset	Liikuntaohjauksessa tavoitellaan vähintään terveysliikuntasuositusten mukaista määrää, -laatua ja -tapoja. Nykyisen liikkumisen määrän ja intensiteetin selvittäminen on tärkeää.	Ohjaajan asiantietoa, ohjauksen sisältöteema, ohjausvälineiden luominen, fysioterapiaintervention kriteerien asettaminen
Millaista tutkimusta ja käytännössä hyväksi havaittua tietoa on siitä, mikä auttaa ja motivoi lapsia liikkumaan?	Työntekij. keskustelu, tutkimustieto, UKK-instituutti	lapset, nuoret, liikkuminen, motivaatio	Vanhempien tuki ja ohjaus sekä kasvuympäristö vaikuttavat lapsen liikuntamotivaatioon eniten. Nuoren kohdalla iän mukainen vertaisryhmä vaikuttaa motivaatioon.	Ohjaajan asiantietoa, ohjausvälineiden luominen
Millaisia elämäntapaohjausmalleja ja -keinoja nykyisin pääasiallisesti käytetään?	Työntekijöiden kokemukset, alan kirjallisuus, tutkimustieto, internet	elämäntapaohjaus, liikunta-neuvonta, terveyden edistäminen, muutos, lapset, nuoret	Elämäntapamuutokset ovat pitkäjänteisiä, aikaa vieviä ja vaihteittain tapahtuvia . Ratkaisukeskeinen ote ja muutosvaiheen huomioiminen ohjauksessa sekä ohjattavan voimaantuminen ovat tärkeitä seikkoja.	Ohjaajan asiantietoa, ohjauksen sisältöteema, ohjausvälineiden luominen

LIITE 3. KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHTIEN SELVITTELY

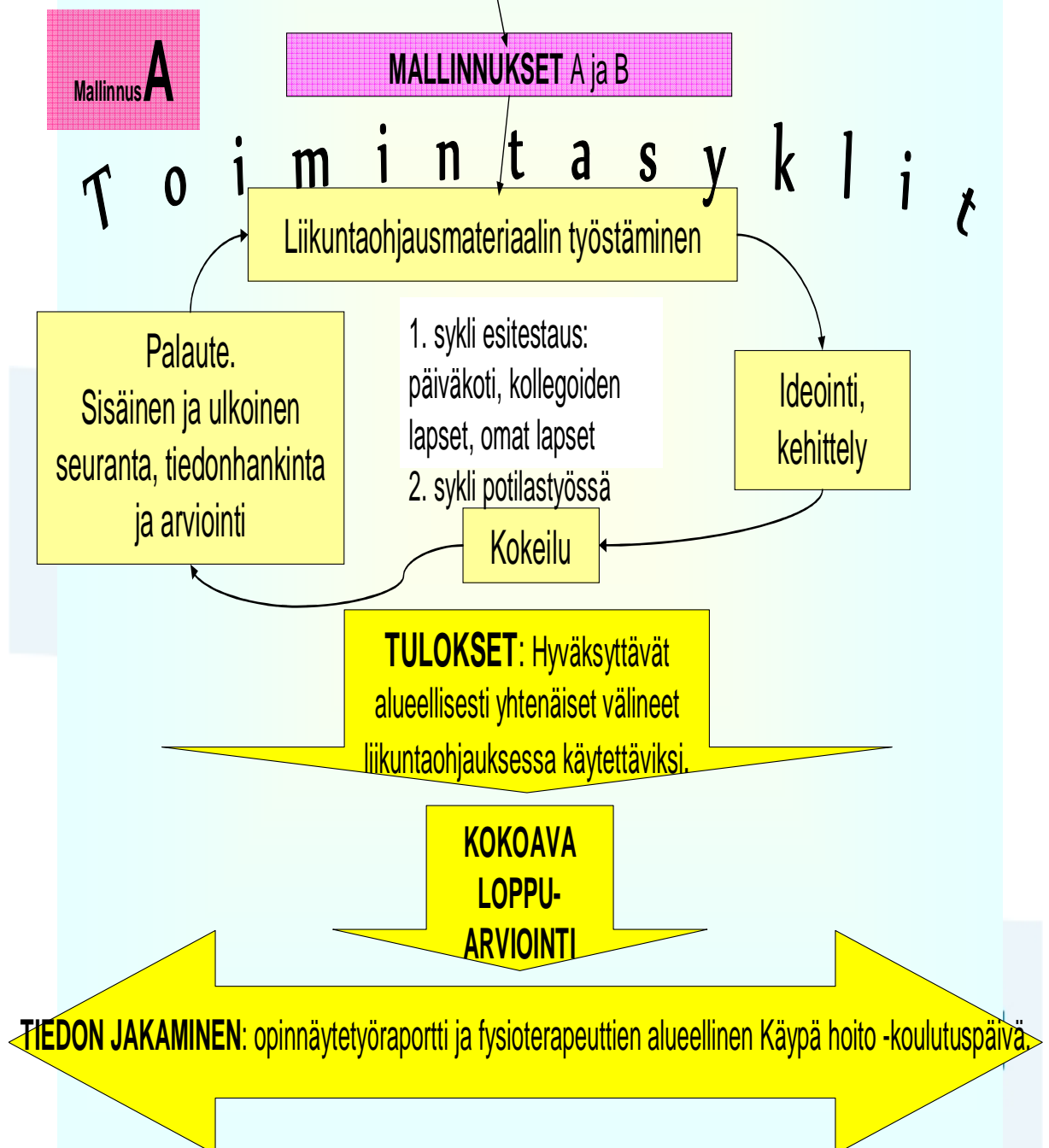


LIITE 4. KIRJALLISUUTEEN PERUSTUVAT VALINNAT



LIITE 5a. KEHITTÄMISTYÖN MALLINNUKSET

TOTEUTUSSUUNNITELMA: Liikuntaohjauksen päälinjat ja -teemat nousevat aiheesta koskevasta uusimmasta kirjallisuudesta. Ohjauksessa käytettävien välineiden ulkoasusta, käytettävyydestä ja siitä, kuinka väline palvelee tavoitteen saavuttamista pyydetään palautetta 4 – 5 ohjaukseen osallistuneelta (ulkoinen palaute). Palaute pyydetään lyhyellä lomakeavusteisella teemahaastattelulla vapaaehtoisilta perheiltä välittömästi ohjaustilanteen jälkeen. Liikuntaohjauksen toteuttaneet fysioterapeutit arvioivat itse välineitä samoin periaattein (sisäinen palaute).



LIITE 5b. KEHITTÄMISTYÖN MALLINNUKSET

Kirjallisuudesta nousseet, liikuntaohjauksen keskeiset teemat	Tavoite ohjauksessa	Ohjauksessa tilanteen ja tarpeen mukaan käytettäviä vaihtoehtoisia välineitä	Kehittämistehtävässä arvioitaviksi valitut välineet
1.Nykytilan arviointi	Pystytään toteamaan lapsen nykyiset liikuntatottumukset, liikuntamäärä ja -intensiteetti.	<ul style="list-style-type: none"> - Haastattelu - Lapsen liikunta-aktiivisuuden viikkoseuranta. - K-13-kysely - Alle 13v. kysely - MoSuTe-testi - APM-testistö 	<p>Lapsen fyysisen aktiivisuuden viikkoseuranta</p> <p>K-13</p> <p>Alle 13</p>
2.Muutosmotivaation taso	<p>Saadaan ymmärrys ohjattavan huolen määrästä liikkumisen vähäisyyttä kohtaan sekä halustaan lisätä liikumistaan.</p> <p>Motivaation lisääminen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivoiva haastattelu - Motivaatioportaati - Liikunnan merkitys lapselle / nuorelle -potilasohje - UKK-instituutin ohjausmateriaali: Liikunnan vaikutukset 	<p>Motivaatioportaati</p> <p>Liikuntaohje</p>
3.Liikuntamahdollisuudet	Löydetään yhdessä ohjattavan kanssa ainakin yksi arjessa toimiva keino lisätä terveysliikuntaa.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivoiva haastattelu - Liikuntalajikuvat - Oman paikkakunnan liikuntatarjonnan selvittely hoitomallin linkin kautta tai muulla tavalla. 	<p>Liikuntalajikuvat</p> <p>K-13</p> <p>Alle 13</p>
4.Liikuntatavoite	Sovitaan ja kirjataan ainakin yksi realistinen tavoite liikunnan tai vähintään liikuntatietouden lisäämiseksi.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivoiva haastattelu - Liikkumissuunnitelma - UKK-instituutin ohjausmateriaali: Liikunnan vaikutukset 	Liikkumissuunnitelma
5.Seuranta	Ohjattava motivoituu pitämään kirjaa liikkumisasiivisuudestaan.	<ul style="list-style-type: none"> - Lapsen aktiivisuuden viikkoseuranta - Liikkumissuunnitelma - TEP-madot - fyysisen kunnon testi - lasten 6 minuutin kävelytesti 	<p>TEP-madot</p> <p>Liikkumissuunnitelma</p>
6.Voimaantuminen	Lapsi tai nuori ja vanhemmat kokevat hyötynensä ohjauksesta.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivoiva haastattelu, vertaispuhe - Tiedon antaminen - Ystävällinen, hyväksyvä, myönteinen ja kannustava asenne, eleet ja äänenkäyttö 	Ohjauksesta hyödyn kokeminen

LIITE 6 (2). LIIKUNTAOHJAUSVÄLINEIDEN ARVIOINTI

2. Muutosmotivaation taso	<p>Saadaan ymmärrys ohjattavan huolen määräästä liikumisen vähäisyyttä kohtaan sekä halusta lisätä liikkumista. Motivaation lisääntymisen.</p> <p>Tiedon avulla motivaation lisääntymisen.</p>	<p><u>Motivaatioportaat (kaikki):</u></p> <p>Kuvio on kokonaisuutena ymmärrettävä. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Kuvion avulla minun on helppo pohtia omaa asennoitumistani liikkumista / lapseni liikkumista kohtaan. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Kuvio lisää haluani liikkua / lisää haluani aktivoida lastani liikkumaan. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p><u>Liikuntaohje (kaikki):</u></p> <p>Ohje on ymmärrettävä. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Ohje on helppolukuinen. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Ohjeessa kerrottu asia on ainakin osittain minulle / meille uutta. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p>
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LIITE 6 (3). LIIKUNTAOHJAUSVÄLINEIDEN ARVIOINTI

3.Liikunta-mah-dol-lisuu-det	Löydetään yhdessä ohjattavan kanssa ainakin yksi arjessa toimiva keino lisätä terveysliikuntaa.	<p><u>Liikuntalajikuvat (kaikki):</u></p> <p>Kuvat ovat ymmärrettävä kokonaisuus. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Kuvia on helppo käyttää apuna mietittäessä vaihtoehtoisia liikkumisen tapoja itselleni / lapselleni. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Kuvat auttavat pohtimaan ja löytämään arkeen vaihtoehtoisia liikuntamuotoja. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p>
4.Liikunta-tavoite	Sovitaan ja kirjataan ainakin yksi realistinen tavoite liikunnan tai vähintään liikuntatietouden lisäämiseksi.	<p><u>Liikkumissuunnitelma (kaikki):</u></p> <p>Lomake on helposti ymmärrettävä. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Lomake on käyttökelpoinen. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p>
5.Seuranta	Ohjattava motivoituu pitämään kirjaa liikumisaktiivisuudestaan.	<p><u>Liikkumissuunnitelma (kaikki):</u></p> <p>Lomake auttaa minua liikkumistavoitteen saavuttamisessa. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p><u>TEP-madot (lapset ja vanhemmat):</u></p> <p>Kuva on ymmärrettävä. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Väritystehtävä on kiva. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Matojen värittäminen kannustaa minua liikkumaan enemmän. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p>
6.Voimaantuminen	Lapsi / nuori ja vanhemmat kokevat hyötynensä ohjauksesta.	<p><u>Liikuntaohjaus kokonaisuutena (kaikki):</u></p> <p>Saamamme liikuntaohjaus on ollut ymmärrettävää. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Ohjaus on ollut arjen käytäntöä palvelevaa. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p> <p>Liikuntaohjaus täytti sille asettamani tavoitteen. Kyllä <input type="checkbox"/>. Ei täysin <input type="checkbox"/>, koska</p>

LIITE 7. HAASTATTELULUPA

Kehitämme Sosterin kuntoutuksen yksikössä lasten ja nuorten liikuntaohjausta. Erityisen tarkastelun alla on tällä hetkellä ohjauksessa käytettävä materiaali. Ohjausmateriaalin käyttäjien, erityisesti lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa, mielipiteet ovat meille arvokkaita.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Halutessanne voitte keskeyttää osallistumisenne milloin tahansa. Keskeyttämisestä ei koidu teille mitään seuraamuksia. Ainoa sitoumus perheenne puolelta on suostumus haastatteluun, joka koskee mielipiteitänne liikuntaohjauksessa käytetyistä välineistä. Haastattelu kestää noin puoli tuntia. Haastattelussa käytetään valmista lomaketta, jossa on osin vaihtoehtoiset vastaukset ja osin tilaa vapaamuotoisille vastauksille ja kehittämis ehdotuksille. Haastattelua varten kysytään henkilötietoina vain lapsen ikä. Haastateltavien nimiä ei vastauslomakkeeseen kirjata eikä niitä esitetä valmiissa tutkimusraportissa.

Kiitän suostumuksestanne osallistua tutkimukseen.

Miia Kierikki-Malinen, fysioterapeutti

Sosteri, Keskussairaalantie 6, 57120 Savonlinna. P. 044 417 3810

Olen lukenut oheisen tekstin ja suostun haastatteluun. Lastani saa haastatella.

Päiväys

Lapsen omakätinen nimikirjoitus

Vanhemman allekirjoitus

Nimen selvennys

LIITE 8 (1). MOTORISTEN PERUSTAITOJEN OPPIMISEN IKÄVAIHE

(Gallahue 1993, 84–86.; Karvonen ym. 2003, 50–51.)

Liikkumismalli	Valikoituja osavaiheita	Likimääräinen syntyikä
Staattinen tasapaino Tarkoittaa tasapainon säilyttämistä, kun kehon painopiste pysyy samana	Vetää itsensä seisoma-asentoon Seisoo ilman kädestä kiinni pitoa Seisoo yksin Seisoo yhdellä jalalla 3–5 sekuntia	10 kk 11 kk 12 kk 5 v
Dynaaminen tasapaino Tarkoittaa tasapainon säilyttämistä kehon painopisteen siirtyessä	Kävelee 3 cm suoraa viivaa pitkin Kävelee 3 cm pyöreää viivaa pitkin Seisoo matalalla puomilla Kävelee 12 cm leveällä puomilla lyhyen matkan Kävelee samalla puomilla vaihtaen jalkaa Kävelee 6–9 cm:n levyisellä puomilla Tekee etuperin kuperkeikan alkeismuodossa Tekee kehittyneen etuperin kuperkeikan	3 v 4 v 2 v 3 v 3 - 4 v 4 v 3 - 4 v 6 - 7 v
Kävely Sisältää jalan siirtämisen toisen eteen niin, että samalla säilyy kosketus maahan / pohjapintaan.	Kävely pystyasennossa ilman tukea alkaa Kävelee sivusuuntaan Kävelee taaksepäin Kävelee porrasaskelmia ylöspäin avustettuna Kävelee itsenäisesti porrasaskelmia ylöspäin Kävelee itsenäisesti porrasaskelmia alaspäin	13 kk 16 kk 17 kk 20 kk 24 kk 25 kk
Juokseminen Sisältää lyhyen vaiheen, jolloin jalat eivät kosketa maahan	Kiirehditty nopea kävely (kosketus maahan säilyy) Oikea juokseminen alkaa (ei kosketusvaihetta) Tehokas ja kehittyneempi juokseminen Juoksunopeus lisääntyy, kehittynyt juoksu	18 kk 2 - 3 v 4 - 5 v 5 v
Hyppääminen Kolme eri hyppäämismallia: - Hyppääminen eteenpäin (pituushyppy) - Hyppääminen ylöspäin - Hyppääminen alaspäin korkeammalta. Tämä sisältää yhdellä tai kahdella jalalla ponnistamisen ja putoamisen molemmille jaloille	Astuu alas matalalta tasolta Hyppää alas yhden jalan varaan Hyppää lattialle pudoten molemmille jaloille Hyppää eteenpäin pituutta (n. 90 cm) Hyppää korkealle / ylös (n. 30 cm) Kehittynyt hyppäämismalli	18 kk 1 v 28 kk 5 v 5 v 6 v
Hyppely yhdellä jalalla Sisältää yhden jalan irtautumisen maasta ja laskeutuminen samalle jalalle	Hyppelee 3 kertaa valitsemallaan jalalla Hyppelee 4–6 kertaa samalla jalalla Hyppelee 8–10 kertaa samalla jalalla Hyppelee 15 metrin matkan n. 11 sekunnissa Hyppelee taitavasti ja rytmikkäästi, kypsä malli	2 v 3 v 4 v 5 v 6 v
Laukkahyppy Laukkahypyssä yhdistyy askel ja hyppy samalla jalalla	Laukkahypyn perusmalli Taidokas laukkahyppy, kehittynyt malli	4 v 6 v
Hyppely Hyppelyssä yhdistyy askel ja hyppy rytmikkäästi vaihtelevalla tavalla	Hyppely yhdellä jalalla Taitava hyppely (n. 20 sekuntia) Taitava hyppely suurimman osan ajasta	4 v 5 v 6 v
Potkaiseminen Sisältää voiman kohdistamisen esineeseen jalan liikkeen avulla	Työntää palloa, ei vielä potkaise Potkaisee suoralla jalalla ja vähäisellä kehonliikkeellä Taivuttaa potkaisevaa jalkaa taaksepäin Suurempi heilahdus taakse- ja eteenpäin Kehittynyt malli	18 kk 2 - 3 v 3 - 4 v 4 - 5 v 5 - 6 v
Tavoittelu, tarttuminen, tarttumatoimen irrottaminen Tekee mahdolliseksi olla onnistuneesti kosketuksessa esineisiin, niiden pitämisen otteessa ja irti päästämisen haluttaessa	Esineiden tavoittelu Esineiden tavoittaminen Tarttuminen kämmenellä Tarttuminen sormiotteella Kontrolloitu tarttuminen Kontrolloitu irtipäästäminen	2 - 4 kk 2 - 4 kk 3 - 5 kk 8 - 10 kk 12 - 14 kk 14 - 18 kk

LIITE 8 (2). MOTORISTEN PERUSTAITOJEN OPPIMISEN IKÄVAIHE**(Gallahue 1993, 84 – 86.; Karvonen ym. 2003, 50–51.)**

Lyöminen Käsittää äkillisen kosketuksen esineeseen käden ylös, alas tai sivulle suuntautuvalla liikkeellä	On kasvokkain esineen kanssa ja tekee ylöspäin suuntautuvan heilahdusliikkeen	2 - 3 v
	Horisontaalinen heilahdusliike ja seisoo sivuttaisesti esineeseen nähden	4 - 5 v
	Kiertää kehoa ja lantiota ja siirtää eteenpäin kehon painoa	5 v
	Kehittynyt horisontaalinen malli (paikallaan oleva pallo)	6 - 7 v
Kiinniotto Sisältää liikkuvaan esineeseen sisältyvän voiman vastaanottamisen käsillä, siirrytään isommista pienempiin palloihin.	Ajaa takaa palloa; ei reagoi ilmassa olevaan palloon	2 v
	Reagoi ilmassa olevaan palloon liian hitailla kädenliikkeillä	2 - 3 v
	Tarvitsee ohjausta kuinka pitää käsiä	2 - 3 v
	Pelkoreaktio (kääntää pään pois)	3 - 4 v
	Ison pallon kiinniotto vartalon avulla	3 v
	Ottaa kiinni pienen pallon vain käsillä	5 v
	Kypsä kiinniottamisen malli	6 v

LIITE 9. LAPSEN FYYSISEN AKTIIVISUUDEN VIIKKOSEURANTA



Potilasohje
Fysioterapia

Fysioterapeutti _____ puh _____

klo	ma	ti	ke	to	pe	la	su	
5:00								Väritä viikon ajalta lapsen ajankäyttö
5:30								aktiivisuusasteen mukaan. Voit las-
6:00								kea yhteen vähintään 10 min. ajan
6:30								kestävät toiminnot.
7:00								Sininen:
7:30								<u>NUKKUMINEN JA LEPÄÄMINEN</u>
8:00								<u>PITKÄLLÄÄN</u>
8:30								Keltainen:
9:00								<u>PASSIIVINEN TOIMINTA =</u>
9:30								<u>ISTUMINEN JA RAUHALLINEN</u>
10:00								<u>LEIKKI PAIKALLAAN OLLEN</u>
10:30								(esim. piirtely, lukeminen, legoilla
11:00								rakentelu, askartelu, musiikin
11:30								kuuntelu)
12:00								Vihreä:
12:30								<u>AKTIIVINEN TOIMINTA =</u>
13:00								<u>LIKKUMISTA, JOSSA EI TULE</u>
13:30								<u>JUURIKAAN HENGÄSTYMISTÄ TAI</u>
14:00								<u>HIKOILUA.</u> (esim. rauhallinen kä-
14:30								vely, rauhallinen leikki, keinum-
15:00								nen, kevyet kotityöt, normaali sisä-
15:30								liikkuminen)
16:00								Punainen:
16:30								<u>ERITTÄIN AKTIIVINEN TOIMINTA =</u>
17:00								<u>LIKKUMISTA, JOSSA TULEE</u>
17:30								<u>POSKIEN PUNOITUSTA,</u>
18:00								<u>HENGÄSTYMISTÄ JA</u>
18:30								<u>HIKOAMISTA.</u> (esim. juokseminen,
19:00								hippaleikki, pallopelit, rivakka pyö-
19:30								räily, raskaammat koti- ja pihatytöt,
20:00								peuhuleikit)
20:30								Musta:
21:00								<u>RUUTUAIKA = KONSOLIPELIEN</u>
21:30								<u>PELAAMINEN TAI TOISEN PELIN</u>
22:00								<u>SEURAAMINEN, TV:N KATSELU,</u>
22:30								<u>TIETOKONEELLA OLEMINEN JNE.</u>
23:00								<u>ULKOILUAIKA (/ / / / /)</u> merkitään
23:30								näkyvällä harvalla viivoituksella
24:00								fyysistä aktiivisuutta kuvaavan
								värin päälle.

LIITE 10. ALLE 13-VUOTIAAN LIIKUNTATOTTUMUSTEN KARTOITUSLOMAKE

Potilasohje
Fysioterapia

Fysioterapeutti _____ puh _____

Alle 13-vuotiaan liikuntatottumukset

Pohdintaa liikkumisesta	Kyllä yleensä	Joskus	Hyvin harvoin tai ei koskaan
Lapseni jokaiseen päivään sisältyy monipuolista liikkumista ainakin 2t välillä hengästyen (ulkoleikkejä, sisällä peuhua, arki-liikuntaa jne.).			
Lapsella on aikaa liikkumiseen arkena ja viikonloppuna.			
Tiedän, millaisesta liikkumisesta lapseni pitää.			
Lapseni viettää aikaansa tietokoneella, tv:n ääressä tai ikänsä sallimia konsolipelejä pelaten enintään 2t päivässä.			
Sanon useammin liikunnalle KYLLÄ kuin EI!			
Lenkkarit, kumpparit, verkkarit! Meillä on meno päällä joka säällä ja löytyy liikkumiseen sopivat välineet ja varusteet.			
Lapsi osallistuu ohjattuun liikuntaan, mihin?			
Kokeilemme erilaisia liikkumismuotoja ja -lajeja.			
Meillä saa kotona sisälläkin harjoitella liikuntataitoja (esim. roik-kua renkaissa, sukkapallotella, jumpata).			
Päivähoitomatkat kuljemme useimmiten jalkavoimin (kävelen, pyöräillen, potkulaudalla jne.).			
Haluan liikkua lapseni kanssa yhdessä.			
Olen vanhempana mielestäni hyvä liikkumisen malli ja kannus-taja.			
Tiedän, millainen merkitys lapsuusajan riittävällä ja monipuoli-sella liikunnalla on lapsen fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaalisel-le kehitykselle.			

Laske yhteen merkinnät yleensä, joskus ja hyvin arvoin/ ei koskaan. Tulihan yleensä- ja joskus-merkintöjä eniten? Mieti, miten voit muuttaa hyvin harvoin / ei koskaan-merkinnät ainakin joskus-merkinnöiksi.

Muokattu lähteistä Nuori Suomi ry, Varpaat vauhtiin – viestejä vanhemmille lasten liikunnasta ja ravinnosta ja Sydänliitto, Neuvokas perhe –hanke ohjauskortti.

LIITE 11. YLI 13-VUOTIAAN LIIKUNTATOTTUMUSTEN KARTOITUSLOMAKE

Potilasohje
Fysioterapia

Fysioterapeutti _____ puh _____

K-13 liikuntatottumukset

Pohdintaa liikkumisesta	Kyllä!	Ehkä...	Ei, kos- ka...
Jokaiseen päivääni sisältyy monipuolista liikkumista ainakin 1t välillä hengästyen.			
Viikonloppuisin liikun enemmän.			
Harrastan jotain liikuntalajia. Mitä?			
Sanon useammin liikunnalle KYLLÄ kuin EI!			
Lenkkarit, kumpparit, verkkarit! Mulla on meno päällä joka säällä ja löytyy liikkumiseen sopivat varusteet.			
Olen huomannut, että liikunnallisen päivän jälkeen on helpompi saada illalla unen päästä kiinni.			
Innostun kokeilemaan uusia ja erilaisia liikkumismuotoja ja -lajeja.			
Meillä saa kotona sisälläkin harjoitella liikuntataitoja (esim. roikua renkaissa, sukkapallotella, jumpata).			
Minulla on kavereita, joita voin pyytää mukaan liikkumaan, jos haluan.			
Liikunnasta tulee hyvä fiilis.			
Vanhempani kannustavat minua liikkumaan (esim. liikuntavälineet, kuljettaminen, rahoitus).			
Vietän aikaani tietokoneella, tv:n ääressä tai ikäiselleni sallittuja konsolipelejä pelaten enintään 2t päivässä.			

Laske yhteen Kyllä!-merkinnät - tulihan niitä enemmän kuin Ehkä- tai Ei-merkintöjä.
Pohdi miten Ehkä- ja Ei-merkinnät voisi muuttaa Kyllä!-merkinnöiksi.

Muokattu lähteistä Nuori Suomi ry, Varpaat vauhtiin – viestejä vanhemmille lasten liikunnasta ja ravinnosta ja Sydänliitto, Neuvokas perhe –hanke ohjauskortti.

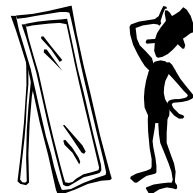
LIITE 12. MOTIVAATIOPORTAAT (Love 2007; Koskenkorva ym. 2008)



Säännöllinen ja riittävä terveystoiminta on lapselleni pysyvä tapa. Myös matkoilla ja loma-aikoina keksimme keinoja ylläpitää riittävää päivittäistä liikuntaa.



Meillä on selvä suunnitelma, miten toimia, jotta lapseni liikkuu riittävästi. Olemme toimineet sinnikkäästi suunnitelman mukaisesti. Satunnaisesti saatamme lipsahtaa suunnitelmasta esim. lomien tai matkojen vuoksi.



Lapseni liikunnan lisäämisen tarve on ilmeinen. Olemme jo hiukan kokeilleet joitakin muutoksia arkielämässämme. Riittävästä terveystoiminnasta ei ole vielä tullut meille aivan säännöllinen tapa. Jonkinlainen tarkempi toimintasuunnitelma saattaisi auttaa. Haluan olla lapseni tukena liikunnan lisäämisessä asenteellisesti ja käytännön tasolla.



Lapsellani on kyllä tarve lisätä liikuntaa, mutta sille on vielä joitakin esteitä. En ole aivan varma, miten toimia, jotta liikunta lisääntyisi.

Lapseni liikkuminen ei ole minulle sellainen asia, josta kantaisin huolta tai johon minulla olisi keinoja vaikuttaa. En halua nyt käyttää voimiani asian pohtimiseen.

LIITE 13 (1). LIIKUNTAOHJE

Fysioterapeutti _____ puh _____

Potilasohje
Fysioterapia**LIIKKUMISEN MERKITYS LAPSELLE JA NUORELLE**

Lapsen ja nuoren hyvän fyysisen ja psyykkisen kasvun ja kehityksen eräänä edellytyksenä on riittävä ja monipuolinen liikunta.

Kouluikäinen lapsi tarvitsee ripeää liikuntaa vähintään 1 t / pv ja alle kouluikäinen 2 t / pv.

Yli 2 tunnin paikallaan oloa valveilla ollessa tulee välttää.

Ruutuaikaa (tv, konsolipelit, tietokone) saisi olla enintään 2 t / pv.

Liikunnan sisältö voi koostua päivittäisestä

arki- ja hyötyliikunnasta sekä liikuntaharrastuksista.

Arki- ja hyötyliikuntaa ovat pihaleikit, välituntiliikunta, auttaminen pihatöissä ja siivouksessa sekä kouluun tai päiväkotiin, kauppaan tai ystävän luo kulkeminen kävellen tai pyöräillen vanhemman kanssa tai yksin.

Liikuntaan kannustaminen kuuluu lapsen huoltajan kasvatusvastuuseen.

Liikunta kehittää hyvää itsetuntoa

Lapsen tietoisuus omasta kehosta ja sen hallinnasta luo pohjaa terveelle itsetunnon. Liikunnan ja leikin kautta lapsi oppii tuntemaan kehonsa ja tiedostamaan siinä tapahtuvia asioita. Hyvät motoriset taidot ja osaamisen tunne motivoivat lasta liikkumaan. Fyysisesti passiivisuuteen taipuvainen lapsi tarvitsee aikuisen erityistä tukea ja ohjausta saadakseen riittävästi liikuntaa hyvinvointiansa turvaamaan. Pakottomuus liikuntatilanteissa on tie myönteisiin kokemuksiin. Näin lapselle kehittyy realistinen minäkuva, jolloin turhat ennakkoluulot eivät estä uusien liikuntahaasteiden kokeilemistä.

Mitä paremmat lapsen liikuntataidot ovat, sitä enemmän hänelle jää mahdollisuuksia seurata ympäristön tapahtumia, joten hyvät motoriset perustaidot vähentävät lasten tapaturmia. Monipuolisella ja säännöllisellä liikunnalla voidaan vähentää myös oppimisen ongelmia ja jopa ennaltaehkäistä niiden syntymistä. Ulkoilu vaikuttaa lapsiin rentouttavasti, poistaa stressiä ja elvyttää keskushermoston toimintakykyä.

Liikunnan vaikutukset eivät juuri varastoidu, mutta perusasenteet ja -valmiudet sekä motoriset taidot säilyvät. Myönteiset kokemukset lapsuusajan liikunnasta kantavat hedelmää murrosikään ja aikuisuuteen saakka. Tutun ja turvallisen aikuisen kanssa on liikunnan avulla luontevaa harjoitella vuorovaikutustaitoja sekä tunteiden tunnistamista ja hallintaa. Tavallisesti harvasanainen teini-ikäinenkin saattaa avautua asioistaan puhelemaan paremmin esim. yhteisellä kävely- tai hiihtolenkillä. Positiivinen ja kannustava palaute vanhemmilta vaikuttaa myönteisesti minäkuvan kehitykseen. Oman aikuisen kanssa on turvallista epäonnistua ja tehdä uusia yrityksiä. Huumori, nauraminen, riemu ja jännitys säilyvät kokemusvarastossa pitkään ja parhaassa tapauksessa jalostuvat osaksi omaa persoonallisuutta ja toimintaa. Lasta on siis hyvä kannustaa ja ohjata monipuoliseen liikkumiseen kesällä, talvella, sisällä, ulkona jne.

LIITE 11 (2). LIIKUNTAOHJE

Liikunta on välttämätöntä hyvälle fyysiselle kasvulle.

Kasvuiässä liikunta voi lisätä *luun* lujuutta jopa 40 - 50 %. Luustoa kuormittava liikunta on hyvä aloittaa viimeistään murrosiässä. Varhaishuoneellisuusvuodet (tytöt n. 10 - 12 v., pojat n. 12 - 14 v.) ovat erityisen tärkeitä luuston vahvistumisen kannalta. Luuston massa ja tiheys ovat huipussaan jo ennen 20 vuoden ikää tai pian sen jälkeen. Suositusten mukaan lasten ja nuorten luusto tarvitsee vahvistukseen vähintään 50 - 100 hyppyä päivässä. Kasvuikä on luuston lujuuden parantamisen etsikköaikaa, jota ei saa menettää.

Lasten, samoin kuin aikuisten, kuuluu hengästyä ja hikoilla liikkueessaan. Mitä useammin liikunta on niin rasittavaa, että lapsi hengästyy, sitä paremmaksi kehittyy *hapenotto*kyky ja kokonaisvaltainen jaksaminen. Runsas rivakka liikunta kasvuiässä parantaa tehokkaasti *keuhkojen* kokonaistilavuutta. Aikuisiässä vastaavaan tavoitteeseen vaaditaan erityisen määrätietoista harjoittelua. *Sydämelle* korkeanasteinenkin rasitus on lapselle mielekäästä, kun hän voi itse jaksottaa liikuntaa lepätauoilla.

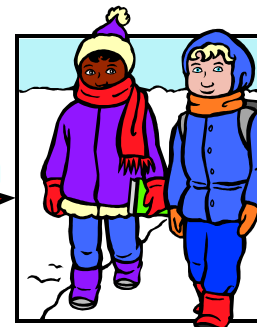
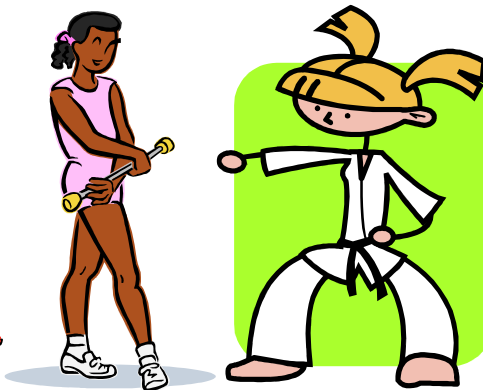
Lapsilla *lihaksiston* osuus kehon painosta on alhaisempi kuin aikuisilla. Lasten lihaksisto on nestepitoisempi ja vähemmän valkuaisaineita sisältävä. Tämä rajoittaa lihaksiston supistumiskykyä ja tekee sen alttiimmaksi väsymiselle. Lapset kokevat rasittavana yksipuolisen, pitkäkestoisen lihastoiminnan ja staattiset asennot (esim. pitkään paikallaan istuminen). Liikunnalliset leikit ja pelit tai vaikkapa pihatöihin osallistuminen harjaannuttavat lihaksia tehokkaasti. Positiivisia, liikuntaan kannustavia kokemuksia syntyy, kun pidempikestoissa suorituksissa, esim. hiihto- tai metsäreillä, aikuinen kuuntelee lasta ja tuottaa sekä sopeutuu lapsen tahtiin edetä. Onnistunut liikuntasuoritus on sellainen, jonka lapsi haluaa tehdä uudelleen.

Tutkimuksissa on todettu, että kasvuiässä *rasvasolujen* määrä lisääntyy noin 20 ikävuoteen saakka, minkä jälkeen niiden määrä pysyy jokseenkin vakiona. Lopulta rasvasolujen luku määräytyy siis sen perusteella, millainen ruumiinpaino ihmisellä on nuorena aikuisena. Ylipainoiset lapset, joilla on tovereitaan huomoinen kunto, ovat erityisen alttiita omaksumaan liikunnallisesti passiivisen elämäntavan ja keskittymään toimintoihin, joissa heidän heikko kuntonsa ei näy. Aikuisten olisi siis muistettava ja jaksettava jatkuvasti houkutella vähän liikkuvia lapsia mukaan leikkeihin ja peleihin, etteivät he alkaisi vältellä fyysistä rasitusta ja hengästymistä aiheuttavia tehtäviä.

AIKUINEN ANTAA MALLIN KAIKKEEN – MYÖS LIIKKUMISEEN!

Ethän ole esteenä – oletan kannustajana!

LIITE 14 (1). LIIKUNTALAJIKUVAT



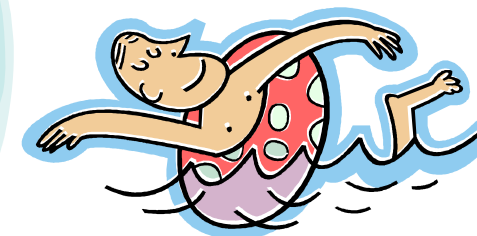
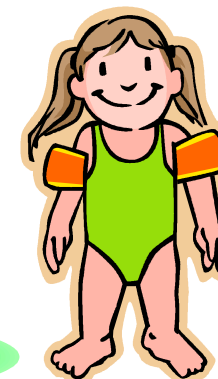
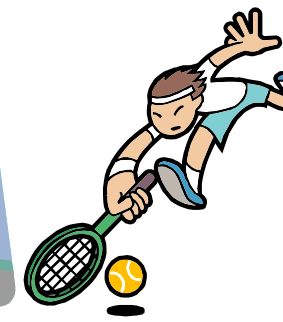
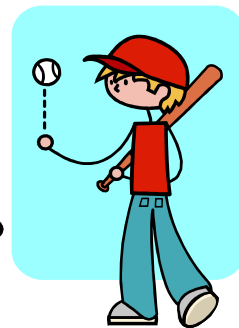
LIITE 15 (2). LIIKUNTALAJIKUVAT

KEVÄT JA SYKSY



LIITE 15 (3). LIIKUNTALAJIKUVAT

KESÄ



LIITE 16. LIIKKUMISSUUNNITELMA



Potilasohje Fysioterapia

Fysioterapeutti: _____ puh: _____

TAVOITE				TOTEUTUMINEN			
LIKKUMISUOTO	Kertaa / vko	Kesto / pv min.	Rasittavuus*)	VKO	VKO	VKO	VKO

LIKKUMISUOTO	Kertaa / vko	Kesto / pv min.	Rasittavuus *)	VKO	VKO	VKO	VKO

*) KEVYT = ei juuri hengästymistä, RIPEÄ = vähän hengästymistä ja poskien punotusta, RASITTAVA = voimakas hengästyminen ja hikoilua.
(Taulukon malli UKK-istituutti)

LIITE 16. TEP-madot (Iloa liikkeellä, Terve Etelä-Pohjanmaa –hanke)

